

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

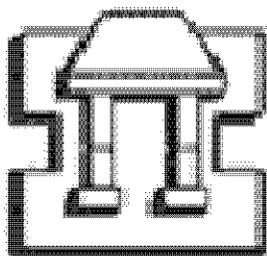
ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE
REALIZAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU
BIENESTAR SUBJETIVO

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
MARÍA DEL REFUGIO ACUÑA GURROLA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS
RANGEL

SINODALES:

LIC. CARLOTA JOSEFINA GARCÍA REYES-LIRA
DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO MAYO 2006

TESIS PARCIALMENTE APOYADA POR EL PAPIIT, PROYECTO No. IN304706-2



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.

Gracias a Dios por haberme permitido vivir y realizar uno de mis mayores objetivos: terminar mis estudios universitarios.

Gracias a mis padres por el apoyo que me han brindado a lo largo de la vida, ayudándome cuando lo he necesitado.

Gracias a mis hermanas por haber estado con mígo para apoyarme a pesar de los problemas.

Gracias a mí hermano, mis sobrinos y a toda mí familia por el cariño que me ha dado.

Gracias a la Dra. Ana Luisa González-Celis pos su paciencia y guía en la elaboración de este trabajo.

Gracias a los buenos (as) amigos (as) por brindarme sí amistad, compañía y cariño.

Finalmente:

Gracias a todas las personas, que con sus buenos y malos actos y sentimientos han hecho que sea lo que soy..

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. VEJEZ	5
1.1. Definición de envejecimiento.....	5
1.2. Proceso de Envejecimiento.....	8
1.2.1. Componentes físicos	9
1.2.2. Componentes psicológicos del envejecimiento.....	10
1.2.3. Componentes sociales del envejecimiento	10
CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA	12
2.1. Perspectiva histórica de la calidad de vida.....	12
2.2. Definición de calidad de vida.....	13
2.3. Calidad de vida en la tercera edad.....	16
CAPÍTULO 3. ACTIVIDAD	18
3.1. Actividad durante la vejez.....	18
3.2. Influencia de la jubilación en la actividad durante la vejez.....	21
CAPÍTULO 4. BIENESTAR SUBJETIVO	23
4.1. Bienestar subjetivo en la tercera edad.....	24
4.1.1. Variables que influyen en el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores.....	25
CAPÍTULO 5. AUTOEFICACIA	27
5.1. Factores que influyen en la autoeficacia.....	28
5.2. Autoeficacia durante la tercera edad.....	29
CAPÍTULO 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
6.1. Pregunta de investigación.....	31
6.2. Justificación.....	31
6.3. Objetivo general.....	32
6.4. Objetivos específicos.....	32
6.5. Hipótesis.....	33
CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA	34
7.1. Diseño y tamaño de la muestra.....	34
7.2. Criterios de inclusión.....	34
7.3. Criterios de exclusión.....	34
7.4. Escenario.....	34
7.5. Materiales.....	35
7.6. Instrumentos de medición.....	35
7.7. Definición de variables.....	36
7.8. Procedimiento.....	38
7.9. Análisis de datos.....	40
CAPÍTULO 8. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	41
CAPÍTULO 9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	48
REFERENCIAS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Número de tabla	Pag.
TABLA 1. PORCENTAJE DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL MUNDIAL.	5
TABLA 2. MEDIDAS DESCRIPTIVAS DE BIENESTAR SUBJETIVO.	43
TABLA 3. DATOS DE ESTANDARIZACIÓN DE BIENESTAR SUBJETIVO.....	43
TABLA 4. MEDIDAS DESCRIPTIVAS DE AUTOEFICACIA.	44
TABLA 5. DATOS DE ESTANDARIZACIÓN DE AUTOEFICACIA.	45
TABLA 6. CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE BIENESTAR SUBJETIVO TOTAL Y SUS TRES FACTORES Y ALGUNAS ACTIVIDADES... 	46
TABLA 7. CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE AUTOEFICACIA TOTAL Y SUS DOMONIOS Y ALGUNAS ACTIVIDADES.	47
TABLA 8. CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE BIENESTAR SUBJETIVO TOTAL Y SUS FACTORES Y AUTOEFICACIA TOTAL Y SUS DOMINIOS.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Número de figura	Pag.
FIGURA 1. PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE.	41
FIGURA 2. ACTIVIDADES PARA MANTENERSE MENTALMENTE ACTIVOS.	42
FIGURA 3. ACTIVIDADES PARA MANTENERSE FÍSICAMENTE ACTIVOS.	42
FIGURA 4. NIVEL DE BIENESTAR SUBJETIVO.....	44
FIGURA 5. GRADO DE AUTOEFICACIA.....	45
TABLA 6. CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE BIENESTAR SUBJETIVO TOTAL Y SUS TRES FACTORES Y ALGUNAS ACTIVIDADES.....	46

ÍNDICE DE ANÉXOS

Número de anexo	Pag.
ANEXO 1. FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	63
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EXPECTATIVAS DE AUTO-EFICACIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS EN ANCIANOS (AERAC-BREVE) (GONZÁLEZ-CELIS, 2002).....	66
ANEXO 3. ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO (PGC) PAUL LAWTON.....	68
ANEXO 4. AUTORIZACIÓN.....	70
ANEXO 5. TARJETAS DE RESPUESTA.....	72
ANEXO 6. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.....	75
ANEXO 7. DIRECTORIO TELEFÓNICO.....	76

RESUMEN

La población adulta mayor va en ascenso, sin embargo no sólo es cuestión de longevidad sino también de la calidad de vida de las personas que alcanzan edades avanzadas gracias al avance de la tecnología médica. La presente investigación se centró en la evaluación de tres componentes de la calidad de vida de las personas adultas mayores, la actividad que desarrollan, la autoeficacia para realizar las actividades cotidianas y el bienestar subjetivo, teniendo por objetivo determinar si existe asociación entre la autoeficacia con el tipo de actividades que realizan y el bienestar subjetivo durante la vejez. Para ello se trabajó con 207 adultos mayores que asisten a cuatro centros culturales del Distrito Federal a quienes se les aplicó, tipo entrevista, una ficha de datos sociodemográficos, la Escala de Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geratric Center*, PGC), y el Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve). Los resultados arrojan correlaciones significativas, aunque son moderadamente bajas, entre la autoeficacia para realizar actividades (incluidos sus dominios), algunas de las actividades que realizan y el bienestar subjetivo (incluidos sus factores) de los participantes. Sin embargo, la investigación formal sobre la vejez es un campo en el que no se ha trabajado mucho en México, por lo tanto es necesario realizar más estudios para, incluso, contrastar sus resultados con los presentados en éste trabajo.

Palabras clave: Vejez, Calidad de Vida, Actividad durante la vejez, Bienestar Subjetivo, Autoeficacia para realizar actividades.

INTRODUCCIÓN

El número de personas adultas mayores de 60 años va en aumento, así, en la actualidad una de cada diez personas, en el planeta, supera los 60 años de edad y se espera que en el año 2050 cinco de cada diez personas serán adultos mayores (Datos aportados por el director de la División de Población de Naciones Unidas, Joseph Chamie, 2002).

Sin embargo, la tercera edad esta muy relacionada con una disminución en las áreas biológica, psicológica y social, por lo que el estudio de la calidad de vida con el propósito de mejorar el bienestar de las personas en fundamental. Ésta incluye diversos factores entre los que se encuentran la actividad durante la vejez, el bienestar subjetivo y la autoeficacia.

Por lo tanto, la presente investigación se planteó determinar si existe asociación entre la autoeficacia con el tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores así como el bienestar subjetivo durante la vejez.

De esta manera, el primer capítulo es sobre la vejez que, la Organización Mundial de la Salud define la vejez como *“el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestos en comparación con períodos anteriores”* (Solís, Marín & Llanes, 2001, En red: www.geriatricnet.com), incluyendo los pronósticos del aumento del número de personas mayores a nivel mundial, la definición de envejecimiento, el proceso y los componentes físicos, sociales y psicológicos de éste.

El segundo capítulo trata acerca de la calidad de vida que es un componente central del bienestar humano y consiste en la percepción del grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, circunscrito a un tiempo y a un espacio

(Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002), guardando una relación directa con las habilidades cognitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercuten después en mejoras con el enfrentamiento a los cambios al llegar a la tercera edad (Dulcey-Ruiz, Mantilla, Alfonso & García, 1998). Incluyendo la perspectiva histórica y la definición de la calidad de vida durante la vejez.

En el tercer capítulo se aborda el tema de actividad ya que diversos autores como Mannell y Kleiber (1997) mencionan que cuando las personas sienten que controlan lo que les ocurre en sus vidas, suelen experimentar una mayor salud mental y física. Además de que la participación voluntaria en actividades permite el desarrollo y mantenimiento de adecuados niveles de percepción de control, que a su vez está relacionado con los niveles de salud funcional (Baltes, Wahl & Schmid-Fustoss, 1990), abarcando también la actividad durante la vejez y la influencia de la jubilación en ella.

Asimismo, el capítulo cuatro es sobre el bienestar subjetivo, el cual abarca el comportamiento, las cogniciones, y las emociones (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004) y es definido como la satisfacción por la vida, la felicidad, la paz emocional y el logro; y cómo la valoración global que la persona realiza se establece en función de criterios propios (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002). Presentando una revisión acerca de su definición, el rol que tiene en la tercera edad y las variables que influyen en el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores.

El capítulo cinco trata de la autoeficacia, es decir, la evaluación que cada individuo hace sobre su capacidad o competencia para realizar una conducta específica exitosamente, que depende de las expectativas que tenga de sus propias habilidades y aptitudes, y de la valoración que haga de las dificultades

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS 4
PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA

María del Refugio Acuña Gurrola

asociadas a una tarea (González-Celis, 2005). Incluyendo su definición, los factores que influyen en ella y la autoeficacia durante la tercera edad.

Más adelante, la delimitación del problema, es decir, en el capítulo seis se plantea la pregunta de investigación, la justificación, el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis de investigación.

En el capítulo siete, se aborda la metodología, donde se describe el diseño, el tamaño de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, materiales, instrumentos, escenario, definición de variables, el procedimiento y el análisis de datos.

En el capítulo ocho se presentan los resultados; exponiendo en el nueve el análisis y la discusión de los resultados; y finalmente las conclusiones.

CAPÍTULO 1. VEJEZ

Debido al aumento del porcentaje de envejecimiento (Tabla 1), se espera un crecimiento absoluto de la población de la tercera edad (Zarragoitia, 2003).

Tabla 1. Porcentaje de envejecimiento poblacional mundial.

AÑO	PORCENTAJE DE CRECIMIENTO
1960	10%
1990	18%
2030	30%

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL A ESCALA MUNDIAL. PROYECCIÓN DEL BANCO MUNDIAL

Datos tomados de Zarragoitia, 2003.

De esta manera, en nuestros días, una de cada diez personas, en el planeta, supera los 60 años de edad y se espera que en el año 2050 la relación se reduzca a la mitad, es decir, cinco de cada diez personas serán adultos mayores. Para entonces, las personas mayores de 60 años de edad superarán en número al segmento de población infantil, de entre 0 y 14 años, debido al descenso en la tasa de fecundidad, y serán más longevos. Además, se espera que el porcentaje de mayores de 80 años, que actualmente suponen un 12 por ciento de los que superan los 60 años, crezca 7 puntos (Datos aportados por el director de la División de Población de Naciones Unidas, Joseph Chamie. 2002).

1.1. Definición de envejecimiento

En un sentido amplio el envejecimiento se entiende como *“un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer y continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida”* (Quintanilla, 2000, p.12). Sin embargo, dicho término se usa con mayor frecuencia haciendo referencia a la vejez. De esta manera, el término de

envejecimiento tiene su raíz en *aetas* que significa la condición de llegar a viejo (Quintanilla, 2000).

A pesar de ello, esta conceptualización no ha estado siempre presente a lo largo de la historia de la humanidad.

En los pueblos primitivos, debido a las duras condiciones de vida y a la supremacía de la supervivencia, eran pocos los individuos que, llegaban a la vejez y, quienes lo lograban, con frecuencia eran abandonados debido a que la prioridad era dar de comer a los más jóvenes. Conforme continuó el proceso de evolución de la humanidad y se incorporaron la agricultura y la ganadería como formas de subsistencia, los pueblos se asentaron y comenzaron a cultivar mitos y leyendas, que incluían divinidades, para explicarse la vida y sus fenómenos, creándose con ello la religión la cual dictaba las buenas costumbres y conductas que incluían el respeto y el cuidado hacia los ancianos, es en este marco de civilizaciones como la Griega, donde diversos médicos y filósofos comienzan a definir la vejez.

Por ejemplo, la escuela hipocrática consideraba que la vejez comenzaba a los 50 años y era consecuencia de un desequilibrio de los “humores”, mientras que para Aristóteles la vida se perdía poco a poco en la vejez debido a la pérdida de calor interno, siendo la consecuencia de un enfriamiento progresivo de la fuerza vital acumulada durante el desarrollo. En el inicio de la era cristiana, varios médicos se preocuparon por las afecciones de la vejez, entre ellos Galeno, quien en un intento de unir la teoría hipocrática con la aristotélica, postulaba que el envejecimiento era la pérdida de calor interno, teniendo como consecuencia la deshidratación y la alteración de los humores.

En la Edad Media los viejos estaban excluidos de la vida pública, siendo los viejos los que dominaban, mientras que en el periodo de la Revolución Industrial,

comprendido en los siglos XVIII y XIX, con el aumento de la población, debido a los avances en medicina, higiene y alimentación, la burguesía creó la ideología de la mejora del concepto de vejez, con lo que aumento la participación de los ancianos en la vida pública (Fuguet & Caner, 1993).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud define la vejez como *“el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestos en comparación con períodos anteriores”* (Solís, et. al., 2001, En red: www.geriatricnet.com). Este periodo inicia entre los 60 y los 65 años de edad (Fuguet & Caner, 1993; Lozano, 2000; Zarragoitia, 2003).

Las personas de la tercera edad tienen, entre sus características las siguientes: (Menchón, 1997).

- Situación psicosocial: La disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus laboral y económico, mayor aislamiento social todo ello amplificado por la menor capacidad y recursos que el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias
- Situación física: Mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente.
- Situación biológica: Es más frecuente la aparición de fenómenos neurodegenerativos o enfermedades físicas que pueden producir sintomatología depresiva.

Sin embargo, parece más sensato considerar el envejecimiento de las personas como una etapa más del desarrollo humano, con características muy peculiares que, si bien conlleva a una serie de repercusiones en todos los sentidos, no se debe considerar por ésto un cataclismo (Zarragoitia, 2003).

En este sentido, se han establecido dos categorías de envejecimiento: el envejecimiento exitoso o afortunado, en el que la declinación funcional es solamente atribuido a la edad y existe una mayor probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada a ella, sin embargo aún pueden mantenerse y optimizarse algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida; el otro es el envejecimiento usual, en el que se combinan los efectos de las enfermedades y los estilos de vida sobre el envejecimiento intrínseco (Rowe & Kahn, 1998; Quintanar, 2003).

Al respecto, en 1996, Vellas publicó un artículo, en el que retoma los aspectos de envejecimiento exitoso e incluye algunos factores que tienen valor predictivo, como lo son un buen nivel socioeconómico, peso corporal relativamente bajo, buena función pulmonar, buen desempeño cognitivo, ausencia de diabetes e hipertensión arterial, participación en actividades físicas y sociales.

Por tanto, Vellas (1996) propone definir a los ancianos exitosos como aquellos sujetos de edad que han podido comprimir su periodo de morbilidad antes del deceso y por eso se sugiere seguir estudios prospectivos longitudinales con el fin de determinar la forma en que estos sujetos se ven afectados por la morbilidad.

1.2. Proceso de envejecimiento

El envejecimiento se presenta como una pérdida gradual de declinaciones que no aparecen funcionalmente hasta que existe una pérdida orgánica. De esta manera, en el envejecimiento se presenta un menor rendimiento físico, declinaciones sensoriales que, en ocasiones, llevan a una pérdida de la autonomía (Lozano, 2000).

1.2.1. Componentes físicos

El componente físico del envejecimiento incluye cambios en la configuración general, como arrugas, postura encorvada y canas; pérdidas sensoriales auditivas y visuales; y disminución de funciones vitales como la capacidad ventilatoria (Quintanilla, 2000).

Del mismo modo, el peso corporal se incrementa cerca del 25% en los hombres y 18% en las mujeres; la grasa corporal aumenta entre 18 y 36 % en varones y de 33 a 48% en mujeres; por otro lado, se pierde masa del músculo estriado y disminuye el agua corporal en un 50% como resultado de una deshidratación celular y un menor volumen de hidrosolubles; lo que origina la contracción del volumen sanguíneo y la disminución de masa muscular, además se presentan variaciones de la estatura de aproximadamente cinco centímetros en el hombre y tres centímetros en la mujer, al igual que alteraciones vasculares y degenerativas, con lo que, en la marcha existe una disminución en el balanceo. (Pérez & Morales, 2000; Torres & Chaparro, 2003).

Como es claro, durante la tercera edad se presentan diferentes cambios en todos los sistemas del organismo: aparato respiratorio, aparato cardiovascular, sistema endocrino, aparato digestivo, sistema nervioso, sistema renal y sistema inmunitario.

Por ejemplo, en el aparato respiratorio, debido a los diferentes cambios biológicos, durante la vejez, se presenta una capacidad vital forzada, una merma a la tolerancia al ejercicio, ronquidos, dificultades respiratorias durante el sueño y neumonías frecuentes; por su parte, en lo referente al aparato cardiovascular, el anciano, a diferencia del joven, tolera menos la deficiencia de volumen intravascular, por lo que son más frecuentes las disritmias cardíacas y las anomalías de conducción (Pérez & Morales, 2000); mientras que el sistema

inmunitario se modifica con la edad, produciéndose una involución del timo, lo que genera una pérdida en la respuesta inmunohumoral a antígenos extraños, por lo que el aumento de inmunodeficiencia en los adultos se asocia frecuentemente con el envejecimiento (Torres & Chaparro, 2003).

1.2.2. Componentes psicológicos del envejecimiento

El envejecimiento en el plano psicológico supone una serie de cambios en el comportamiento, la autopercepción y reacciones específicas frente a nuevas dificultades, las disminuciones psíquicas más aparentes durante el envejecimiento, según Furguet y Caner (1993), se encuentran en las capacidades intelectuales y los rasgos de personalidad y carácter.

Dentro de las capacidades intelectuales, no se produce una reducción como tal, sin embargo puede haber una reducción en la eficiencia para resolver problemas, lo que influye en la capacidad de aprendizaje y en la intuición; del mismo modo, se presenta una disminución del tiempo de reacción y el deterioro de la memoria reciente, aunque se conservan la creatividad y la capacidad imaginativa (Quintanilla, 2000; Furguet & Caner, 1993).

Por su parte, la personalidad en conjunto parece no alterarse durante la vejez, excepto en casos patológicos, por tanto la presencia de un alejamiento o la modificación de conductas se debe al miedo a las nuevas situaciones o a las ideologías sociales (Furguet & Caner, 1993).

1.2.3. Componentes sociales del envejecimiento

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

En lo individual, se hace patente una conciencia de que la muerte cada vez está más cerca; la vida y la muerte adquieren un nuevo sentido y su respuesta ante ella, dependiendo de su historia personal, puede ser de rechazo o de aceptación como el último suceso de su vida, por otro lado, el envejecer proporciona al individuo la posibilidad de transformar su rol en la familia, estableciendo nuevas relaciones con sus hijos y sus nietos. Finalmente, un individuo de la tercera edad debe ser capaz de afrontar las pérdidas de amigos y cónyuge (Quintanilla, 2000 ; Furguet & Caner, 1993).

La dependencia de la persona a otros miembros de la familia cuando llega a la edad adulta avanzada es una posibilidad que puede afectar la relación con los hijos y propiciar la confusión de la reversión de roles tambaleando la estabilidad familiar, para evitarlo se debe tener en cuenta que el adulto mayor conserva su madurez emocional (González-Celis, 2003).

Además, generalmente, durante esta etapa de la vida, se presenta la jubilación, con lo que, con frecuencia, las relaciones laborales de la persona se reducen de forma importante, los recursos económicos disminuyen, llegando a ser insuficientes, el exceso de tiempo libre requiere una reorganización de la vida cotidiana y el uso de recursos sociales y culturales para evitar la angustia de no hacer nada (Furguet & Caner, 1993).

CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA

Es difícil conceptualizar una igual calidad de vida para todos los individuos y para todas las sociedades, ya que está determinada por un lado, por las valoraciones que realicen un grupo de expertos, quienes fijan los criterios y normas de las condiciones objetivas de una “buena” calidad de vida; y por el otro, los mismos individuos, a partir de sus propias valoraciones o percepciones sobre su vida y condiciones, las cuales se ven influenciadas por sus deseos y expectativas, que a su vez pueden estar formadas o deformadas en gran parte por las circunstancias, su entorno, su cultura y sus estándares (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

En el estudio de la Calidad de Vida, es evidente la participación de diversas disciplinas. Existen, entre otras, aproximaciones de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido en su conceptualización. Es por ello que cuando se pretende dar una definición de Calidad de Vida, se observan múltiples acercamientos para su estudio, y se encuentra una indefinición del término, el cuál se asocia por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

2.1. Perspectiva histórica de la calidad de vida

La expresión de Calidad de Vida aparece a finales de la década de los 50's e inicios de la década de los 60's en los debates públicos en torno al ambiente y al deterioro de la vida urbana; sin embargo, hasta los 70's aparece como término y tiene su expansión en los 80's, desarrollándose encubierto por conceptos de felicidad salud y bienestar (Cerezo, 2001). A partir de los años 90's el uso de este término, según (Lukonski, 2000), se identifica con tres significados diferentes:

- Descriptivo. Debido a que la palabra calidad, proveniente del latín *qualitas*, significa aquello que identifica a una persona como tal, es decir, lo diferencia de otros seres y lo individualiza, se le relaciona con la racionalidad.
- Evaluativo o normativo. Puede evaluarse si existe un mayor o menor grado de calidad.
- Prescriptivo o moral. El término de calidad de vida posee una ética rigurosa y prescriptiva que permite diferenciar lo bueno y lo malo, lo que se debe hacer de lo que no, por lo que se convierte en un principio moral.

Del mismo modo, a lo largo de la historia, a la calidad de vida se le ha relacionado con factores económicos y sociales (Andrews & Withey, 1974; Campbell, Converse & Rogers, 1976).

Sin embargo, no existe una definición consensual de calidad de vida, son diversos los enfoques, que desde posiciones filosóficas, religiosas, culturales y profesionales se formulan en torno a ella, por lo que este concepto precisa de esclarecimientos constantes si se analiza en el contexto social o en situaciones propias de la práctica profesional de las ciencias biomédicas y en especial la atención de salud. (Delgado C. Conferencia dictada en el Diplomado de Bioética. ICBP Victoria de Girón. Marzo 2001).

2.2. Definición de calidad de vida

Algunos autores mencionan que la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos.

En el abordaje del aspecto *objetivo* de la calidad de vida, ésta depende del individuo, utilización y aprovechamiento de sus potenciales intelectual, emocional

y creador, y de las circunstancias externas, estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política, que interactúan con él (Reyes, Triana, Matos & Acosta, 2002). Siendo equivalente a las capacidades físicas y mentales de la persona.

De esta manera, la calidad de vida es un componente central del bienestar humano que consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, circunscrito a un tiempo y a un espacio (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002). Se encuentra relacionada con la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, el desarrollo de habilidades sociales, 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, solución de problemas, afrontamiento y control, y expectativas de autoeficacia, entre otros; comprende un complejo conjunto de componentes como la salud, la riqueza material, la libertad, la justicia, el conocimiento, el uso del tiempo libre, la autorrealización y las condiciones ambientales (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004, 2005).

Por lo tanto, la calidad de vida abarca tres dimensiones globales: a) el estado funcional, es decir, aquello que la persona es capaz de hacer; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar esas habilidades para conseguir los intereses; y c) la sensación de bienestar que hace referencia al nivel de satisfacción (Sánchez-Sosa & González.Celis, 2002); dentro de las cuales se han identificado distintos dominios de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Lehman, 2000).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida hace referencia a la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa, o a las cualidades que permiten apreciarlo como mejor, igual o peor (Leal-Felipe, M., Leal-Felipe, A.,

Darias-Curvo y Arroyo-López, 2000). Por lo tanto, el aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos (Reyes, et. al, 2002).

En este sentido, las Naciones Unidas definen la calidad de vida como la medida de bienestar físico, mental y social tal como es percibida por cada individuo y cada grupo; comprende el estado satisfactorio de salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social y derechos humanos (Cabrera, 2001).

Por lo tanto, la calidad de vida en general consiste en la valoración que el sujeto haga de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004; 2005).

Así se entiende a la calidad de vida como la satisfacción que experimentan los individuos resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad. (Dulcey-Ruiz, 2000), siendo un constructo caracterizado por su subjetividad, multidimensionalidad y presencia de dimensiones positivas y negativas (González, Grau y Amarillo, 1997).

De esta forma, podría considerarse una definición integradora aquella que opina que la calidad de vida debiera estar relacionada con el bienestar psicológico, la funcionalidad social y la económica, la satisfacción con la vida, el apoyo social y el nivel de vida (Katschig, 2000). Debiendo incluir la espiritualidad, el momento

valorativo, puesto que el bienestar pleno es posible en los marcos de una vida dotada del sentido que ofrece el sistema de valores que el hombre porta en el contexto de su sociedad y cultura (Reyes, et. al, 2002).

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (Harper & Power, 1998, p. 551) considera tanto la percepción subjetiva como los factores contextuales del individuo, definiendo la calidad de vida como *“la percepción de los individuos de su posición en la vida dentro del contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual viven, y la relación de sus metas, expectativas, estándares e intereses”*.

2.3. Calidad de vida en la tercera edad

Algunos autores consideran que en la tercera edad la calidad de vida debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad. (Dulcey-Ruiz, 1999; Reyes, et. al., 2002).

En este sentido, estudios como los de Dulcey-Ruiz, et. al. (1998) y Triana y Reyes (1999) apoyan la relación existente entre estilos de vida y bienestar, reportando que la calidad de vida guarda una relación directa con las habilidades cognitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercuten en mejoras con el enfrentamiento a los cambios al llegar a la tercera edad.

Leal-Felipe, M., et. al. (2000) señala que en la calidad de vida durante la vejez intervienen diferentes aspectos, entre ellos los siguientes:

- Características de los ancianos: a) personalidad afectiva, depresión, ansiedad y hostilidad; b) funciones cognitivas, memoria, orientación, percepción, capacidad de aprendizaje, habilidades psicomotoras, atención, juicio e

inteligencia; c) relaciones familiares y sociales, estructura familiar, patrón de relación con familia y amigos, competencia personal y bienestar, y adaptación ambiental.

- Relaciones humanas: relaciones que se desarrollan entre el anciano y el entorno social que permiten un soporte instrumental y afectivo: a) pareja, estado civil, relación y satisfacción; b) familia, hijos, cosas en común, responsabilidad con respecto a los miembros y parientes; c) amigos, organizaciones a las que pertenece, tiempo que le dedica a los amigos y ocupación del tiempo libre.
- Entorno físico: a) necesidades físicas externas, confort físico y arquitectónico, accesibilidad, diseño, características de seguridad y orientación; b) necesidades físicas internas, intimidad o espacio para la soledad y para la intimidad de la pareja, comunicación o espacio para la interacción social, independencia, expresividad y control o posibilidad de modificar su entorno.

CAPÍTULO 3. ACTIVIDAD

La actividad es definida como un comportamiento que responde a un evento (Reich, Zautra & Hill, 1987).

Sin embargo, debe diferenciarse entre las actividades de la vida diaria, como el comer por sí solo, bañarse vestirse y desplazarse, y actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar, usar transportes públicos y manejar dinero (Horgas, Hans-Ulrich & Baltes, 1998; Rowe & Kahn, 1998), ya que desde la perspectiva del envejecimiento la persona que está interesada en más actividades que las básicas, entre las que se encuentra el cuidado de personas, es considerada más exitosa (Horgas & cols., 1998).

En este sentido Horgas y sus colaboradores (1998) mencionan tres tipos de actividades de la vida diaria: a) actividades básicas como las de mantenimiento personal en términos de supervivencia física, b) actividades instrumentales como las que se refieren al mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural; y c) trabajo, ocio y actividades sociales.

3.1. Actividad durante la vejez

Respecto de la actividad durante la vejez el I Foro Mundial de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) sobre Envejecimiento (Durán, 2002) incluye en sus conclusiones que:

"Las ONG deben unir sus esfuerzos para apoyar a las personas mayores y promover su capacitación, su movilización y el aumento de su influencia en las políticas sociales.

Los gobiernos deben garantizar la participación activa de las personas mayores en los debates locales y nacionales para la toma de decisiones sobre la política social y de desarrollo (...).

La adaptación de las sociedades al envejecimiento requiere que las asociaciones de personas mayores y las ONG participen en la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios dirigidos a las personas mayores o de aquellos en los que estas intervienen, institucionalizando instrumentos estables de participación y control. Los gobiernos y las autoridades locales deben promover este enfoque en las relaciones entre los diferentes sectores, con el objetivo de conseguir que los servicios resulten culturalmente adecuados y satisfagan las necesidades de las personas mayores" (En red; www.geriatricnet.com).

Esto se debe a que la elección de las actividades en las que las personas deciden intervenir se lleva a cabo dentro de una enorme variedad de posibilidades, refleja sus prioridades y metas inmediatas (Horgas, et. al., 1998), y está influenciado por el sistema de creencias, ya que éste influye fuertemente en la autonomía y, por tanto puede ocasionar una disminución en la autoestima y un fuerte impacto negativo en aquellos que se ven obligados a depender y recibir ayuda de otros para mantener las actividades de la vida diaria (Rowe & Kahn, 1998).

Así, por ejemplo se asocia a la vejez con enfermedades, declive de la salud, aislamiento social y reducción de independencia (Ory & Cox, 1994) y por lo tanto se atribuye a los ancianos, la falta de competencia para el funcionamiento autónomo, especialmente cuando existe una disminución orgánica, lo que lleva a las personas en contacto con el mayor a desarrollar comportamientos de sobreprotección y eliminar oportunidades de ejecución independiente de las actividades de la vida diaria, aunado la asunción de dichos estereotipos por la

propia persona, lo cual la lleva a una disminución de la ejecución que aumenta la discapacidad, influyendo negativamente en las expectativas de autonomía.

Contrastando, Mannell y Kleiber (1997), mencionan que cuando las personas sienten que controlan lo que les ocurre en sus vidas, suelen experimentar una mayor salud mental y física; además de que el desarrollo voluntario de actividades permite el desarrollo y mantenimiento de adecuados niveles de percepción de control, que a su vez está relacionado con los niveles de salud funcional (Baltes, et. al., 1990).

Por lo tanto, las habilidades necesarias para cuidar de sí y de su entorno, es decir, las actividades de la vida diaria son importantes para la salud y el bienestar de las personas adultas mayores, porque la probabilidad de incapacidad aumenta con la edad, constituyendo un factor muy influyente en la autonomía (Rowe & Kahn, 1998). Esto se demuestra en estudios en los que se ha encontrado que cambios positivos en la función cognitiva y en la actividad física, se asocian con una mejora en la estabilidad emocional, la autoestima y el estado de ánimo deprimido (McNeill, Leblanc & Jones, 1991; Davis & Fox, 1993). Reafirmando lo señalado, Reich, et. al. (1987), en un estudio realizado con 60 adultos mayores cuya edad promedio fue de 72.4 años, encontró que la realización de actividades se relacionan positivamente con el bienestar y la calidad de vida.

Respecto a las actividades que realizan las personas adultas mayores, Horgas, et. al. (1998), entrevistaron a 516 personas de 70 a 105 años y encontraron que 78% realizaba actividades de cuidado personal, 2.3% actividades de ocio, 17% veía televisión, 17% leía, 165 realizaba actividades sociales y sólo el 1% realizaba un trabajo pagado. Siguiendo la misma línea, Ulla, Espinosa, Fernández, E., Fernández, A. y Prieto (2003) observaron que el 93.3% de los sujetos entrevistados afirmaban tener mucho tiempo libre, y el 51.7% realizaba alguna actividad durante este tiempo; en relación con el tipo de actividades que la

mayoría informó que prefería las actividades grupales (51.9%), y de dichas actividades se detectaron tres que destacaron por encima del resto; éstas fueron ir al cine, al teatro y ver la televisión, aunque también se presentaron altos pasear, bailar y jugar a juegos de mesa.

Por otra parte, las actividades del tiempo libre han demostrado que están asociadas a diferentes indicadores de carácter psicológico, y contribuyen tanto al mantenimiento y mejora de la salud física y psíquica como a la percepción subjetiva de satisfacción (Driver, Tinsley & Manfredi, 1991; Tinsley & Tinsley, 1986). Incluso, como reporta García (2002), se ha podido observar que la participación en actividades de ocio es el mejor predictor de satisfacción vital en personas mayores, debido a su importante efecto sobre la autoestima, el fortalecimiento de su percepción de competencia, y el desarrollo de conductas que permiten experimentar la sensación de control sobre el ambiente (Zimmer, Hickey & Searle, 1995).

Entendiendo al ocio, como el tiempo libre en el que se gestiona libremente las actividades a realizar obteniendo placer y satisfaciendo las necesidades personales como descansar, divertirse o desarrollarse (Puig & Trilla, 1987).

Sin embargo, cuando el tiempo de ocio se entiende como un periodo de inactividad en ocasiones puede actuar como un factor de riesgo para la aparición o acentuación de procesos patológicos, aumentando el riesgo de desmotivación y el desinterés por el entorno, el anciano (García, Rodríguez & Toronjo, 2001).

3.2. Influencia de la jubilación en la actividad durante la vejez

Como se mencionó, en el estudio realizado por Horgas, et. al. (1998) se encontró que sólo el 1% de las personas entrevistadas realizan alguna actividad remunerada económicamente, probablemente se debió a que muchas de las personas se jubilan al llegar a la vejez.

De hecho la jubilación se asocia frecuentemente con la vejez, ya que se asocia a la vejez con enfermedades, decline de la salud, aislamiento social y reducción de independencia (Ory & Cox, 1994), lo cual también pudiese influir en el tipo de actividades que las personas adultas mayores realizan.

Sin embargo, en estudio realizado por la *National Academy on an Aging Society* (2001), se encontró que rretirados y trabajadores invierten su tiempo libre en actividades similares que incluyen servicios religiosos y actividades recreativas como jardinería golf y baile, aunque los trabajadores viejos son más activos en su comunidad, particularmente en actividades físicamente demandantes.

CAPÍTULO 4. BIENESTAR SUBJETIVO

Desde un punto de vista psicológico el bienestar abarca el funcionamiento de las personas en tres áreas: el comportamiento (lo que hace), las cogniciones (lo que piensa) y las emociones (lo que siente) (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

De esta manera, el bienestar subjetivo se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad, moral; y como la valoración global que la persona realiza en función de criterios propios (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002). Del mismo modo, algunos autores (Lawton, 1983), definen el bienestar subjetivo como una estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, expresada en la correspondencia de meta obtenidas y deseadas (González-Celis, 2004).

Por lo tanto tiene que ver con una descripción de adaptación social y psicológica, y un componente afectivo y emocional de los individuos en relación a los aspectos más relevantes de la propia vida (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004). Dichos aspectos incluyen las vivencias, aspiraciones y fracasos del ser humano (Rojas, 2004).

Por su parte, algunos autores (Anguas, 2004) además de considerar al bienestar subjetivo como una percepción propia, personal, única e íntima que el individuo tiene de su situación física y psíquica, mencionan que ésta no necesariamente coincide con la apreciación concreta y objetiva exterior de los indicadores observables de dichas situaciones.

Al evaluar el bienestar subjetivo de 1540 personas de regiones urbanas de México, semiurbanas y rurales, Rojas (2004) lo dividió en los dominios de salud, consumo de servicios o bienes, familia, amistades e intereses personales, encontrando que es el dominio de familia donde las personas están más

satisfechas, mientras que en el dominio de consumo y en el laboral, la satisfacción es relativamente baja; sin embargo concluye que el aumento de satisfacción en cualquier dominio contribuye a aumentar el bienestar de la persona, asimismo señala que todos son importantes, en especial los de salud y consumo seguidos por el dominio personal, pero ninguno es determinante.

4.1. Bienestar subjetivo en la tercera edad

El nivel de salud en el caso de las personas adultas mayores es fundamental, para la elaboración de su autoconcepto físico, la percepción de sus niveles cognitivo y social; del mismo modo, la interpretación y el significado que le da el anciano a ciertos acontecimientos como la aparición de enfermedades físicas incapacitantes, la pérdida de los seres queridos y la posibilidad de perder la independencia y el control sobre su vida y actividad, puede llevarle a una merma de su valoración (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Sin embargo, a pesar de que las personas adultas mayores cuentan con menos recursos biológicos, materiales, sociales y psicológicos, su bienestar subjetivo no declina forzosamente con la edad, ya que pueden reorganizar sus aspiraciones, reubicando sus pérdidas y manteniendo el nivel de bienestar (Baltes, 1977; 1998). Una estrategia es mantenerse en ambientes suficientemente estables, que le resulten familiares y que le permitan desempeñar actividades que le son cotidianas y que pueden efectuar con éxito; disminuyendo los conflictos, favoreciendo la cohesión y valoración positiva de sí mismo (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

4.1.1. Variables que influyen en el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores

La revisión de los estudios psicológicos sobre los ancianos nos ayuda a identificar variables y a precisar más aquéllas que pueden contribuir a consolidar la seguridad actual del anciano o a acentuar su inseguridad, y consecuentemente su bienestar o malestar psicológico:

- Género: debido al distinto proceso de socialización de mujeres y hombres parece que puede ser más satisfactoria la vida para una anciana que vive sola que para un anciano en la misma situación. Y también por la misma razón, la mujer suele tener mayor facilidad para el manejo de las relaciones íntimas, contando probablemente con más recursos interpersonales que pueden compensarle de ciertas pérdidas.
- Estado civil: la viudedad puede ser un factor de riesgo para la inseguridad, modulada por el tiempo que hace que enviudaron.
- Enfermedades: que pueden aumentar la autopercepción de vulnerabilidad. Esta variable podría interactuar con el tipo de apoyo social con que el sujeto cuenta.
- Razón por la que estén en el centro de día, las personas que asisten. Cabe suponer que si es por voluntad de otras personas, los ancianos pueden llegar a considerarse una carga y eso contribuir a su inseguridad, mientras que si lo han decidido por sí mismos estarán más inclinados a aceptar esta situación y no se sentirán rechazados.
- Trato recibido en casa, que si es negativo contribuirá a su inseguridad.

- Sucesos recientes. Si han ocurrido sucesos traumáticos y negativos pueden repercutir en su inseguridad.
- El estilo afectivo del anciano puede condicionar ciertos comportamientos y actitudes en el anciano. Cabe destacar en este sentido la forma en que afronta su enfermedad, que probablemente sea más positiva si su estilo afectivo es seguro y más negativa si es inseguro.
- La satisfacción por la asistencia al centro de las personas que sisten, con el trato personal del centro, con el trato recibido en casa y con las actividades programadas en el centro, que se espera que sea mayor si es seguro, ya que las personas seguras tienden a percibir sus interacciones como más íntimas y emocionalmente positivas y sienten que los demás tienen buena capacidad de respuesta hacia ellos y sus necesidades (Kafetsios & Nezlek, 2002).

CAPÍTULO 5. AUTOEFICACIA

Un área importante en el bienestar y la calidad de vida de las personas es la autoeficacia, la cual puede verse afectada por los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento.

La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para controlar, organizar y ejecutar las acciones requeridas en diversas situaciones (Bandura, 1993; 1999).

De esta manera, las personas tienden a elegir aquellos retos que ellos juzgan son capaces de realizar, pero se niegan ante aquellos que ellos creen que exceden sus posibilidades (Grembowski, Patrick, Durham, Bersford, Kay & Hecht , 1993); como resultado de la creencia que tienen de disponer o no de una respuesta adecuada y oportuna que le permita influir en, y controlar, aspectos de una situación (Thompson, 1981).

Este control puede ser de diferentes tipos, entre los propuestos por Thompson (1981) se encuentran:

- Control conductual. La creencia de disponer de una respuesta concreta que puede modificar la situación.
- Control cognitivo. Suponer que se dispone de la capacidad para el procesamiento de la información para hacerla accesible y menos estresante.
- Control decisional. Pensar que se puede disponer de la oportunidad de elegir entre varias opciones de actuación.

- Control retrospectivo. Conjunto de creencias referentes a las causas de los sucesos pasados.

5.1. Factores que influyen en la autoeficacia

De acuerdo con Bandura (1982; 1999) diferentes elementos pueden fomentar la percepción de autoeficacia:

- Experiencias de dominio: Experiencias exitosas en las que se superan obstáculos mediante el esfuerzo.
- Experiencias vicarias. Observar a modelos similares a uno alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes.
- Persuasión social. En la medida en que los empujes persuasivos en la autoeficacia conducen a las personas a esforzarse todo lo necesario para alcanzar el éxito.
- Favorecer el estado físico. Reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos.

Por otra parte, existen diferentes factores que pueden influir en el descenso de la percepción de control en la realización de una tarea, Mirowsky (1995) menciona algunos:

- El incremento de la intensidad y el número de las experiencias sociales negativas como lo son la jubilación y la muerte de los seres queridos.
- El deterioro físico que experimenta el anciano, que le hace cuestionar de su propia eficacia y capacidad para resolver efectivamente problemas.

- El incremento de las relaciones con profesionales de la salud que pueden implicar una relación de dependencia por la probabilidad de depositar las responsabilidades en otros.

El nivel de salud determina en parte la valoración que el sujeto realiza de su capacidad para afrontar los problemas que se le presenten (Antequera-Jurado & Blanco, 1998). Recíprocamente que los niveles de autoeficacia repercuten en la salud y el éxito de la persona (Bandura, 1993).

5.2. Autoeficacia durante la tercera edad

La teoría de auto-eficacia de Bandura (1997; 1999) hace referencia a la evaluación que cada individuo hace sobre su capacidad o competencia para realizar una conducta específica exitosamente. Dicha valoración, tanto en las personas adultas mayores como en el resto de la población, dependerá de las expectativas que tenga de sus propias habilidades y aptitudes, y de la valoración que haga de las dificultades asociadas a una tarea (González-Celis, 2005).

De esta manera, la valoración que un adulto mayor realiza de su autieficacia depende de sus expectativas sobre sus propias habilidades y aptitudes, y de la valoración asociada a la tarea específica; el apoyo social o sentir que otros confían en su capacidad (Antequera-Jurado & Blanco, 1998); al igual que de la creciente variación de las condiciones personales y sociales a las que está sometidas las personas adultas mayores, que cambia su sensación de control e independencia (Grembowski, et. al., 1993).

Por lo tanto, debido a que la autoeficacia en las personas adultas mayores se centra en la buena o mala valoración que ellos hacen de sus capacidades es necesario que realicen una reapreciación de su autoeficacia en las acciones que

han sido afectadas por las modificaciones biológicas significativas, optimizando sus talentos, concentrando esfuerzos en intereses focales y ejerciendo control sobre sus comportamientos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Si una persona no cree en su capacidad para llevar a cabo una acción fallará al iniciarla o mantenerla (Sánchez-Sosa & González-Celiz, 2002), es decir, la reducción de la expectativa de autoeficacia puede incidir negativamente sobre los intentos conductuales de los ancianos, rechazando las oportunidades de nuevos aprendizajes y/o disminuyendo sus esfuerzos cognitivos (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Repercutiendo negativamente en su bienestar psicológico, su nivel de funcionamiento, de salud y satisfacción en la vida, niveles de presión y funcionamiento cognitivo (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

CAPÍTULO 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

6.1. Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre el nivel de autoeficacia para realizar actividades, el tipo de actividades que realizan y bienestar subjetivo de las personas adultas mayores?

6.2. Justificación

La población de personas adultas mayores se ha incrementado notablemente, en la actualidad una de cada diez personas es mayor de 60 años, y se continuará incrementando (Datos aportados por el director de la División de Población de Naciones Unidas, Joseph Chamie. 2002). Sin embargo, esto no indica necesariamente que calidad de vida también se incremente, por lo que es necesario llevar a cabo investigaciones acerca de las características de este sector de la población.

Dado, la calidad de vida es un componente central del bienestar humano que consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, circunscrito a un tiempo y a un espacio (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Algunos de los factores que influyen en la calidad de vida de las personas adultas mayores son la actividad, el bienestar subjetivo y la autoeficacia (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002; 2004).

Autores, como Bandura (1982; 1999) ha hacen referencia a la relación que existe entre la autoeficacia para realizar actividades y la práctica de éstas, de acuerdo con éste autor, las experiencias exitosas en la realización de actividades es un factor que fomenta la autoeficacia.

Del mismo modo, Zimmer, et. al. (1995) considera que la realización de actividades afecta el fortalecimiento de la percepción de competencia de la propia persona y el desarrollo de conductas que le permiten experimentar la sensación de control; con lo que, si una persona no cree en su capacidad para llevar a cabo una acción fallará al iniciarla o mantenerla. Repercutiendo negativamente en su bienestar psicológico, su nivel de funcionamiento, de salud y satisfacción en la vida, y en el funcionamiento cognitivo (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Driver, et. al. (1991) y Tinsley y Tinsley (1986), consideran que la realización de actividades contribuye a mejorar la salud psíquica la percepción subjetiva de satisfacción.

Es claro que dentro de la literatura científica se ha establecido la relación existente entre la autoeficacia para realizar actividades, la realización de éstas y el bienestar subjetivo de la personas, pero dicha relación ha sido poco investigada, aún menos en la población adulta mayor; siendo precisamente esta población uno de los grupos de investigación marginados por muchos investigadores y en los que se requiere llevar a cabo más estudios que contextualicen a la población y las necesidades en nuestro país.

6.3. Objetivo general

Probar si existe asociación entre la autoeficacia con el tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores y el bienestar subjetivo durante la vejez.

6.4. Objetivos específicos

- Describir cuál es el nivel de autoeficacia para realizar actividades cotidianas en un grupo de adultos mayores.

- Identificar cuáles son las principales actividades que realizan los integrantes de un grupo de adultos mayores.
- Identificar cuál es el nivel de bienestar subjetivo en un grupo de adultos mayores.
- Probar si existe asociación entre el nivel de autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana en personas adultas mayores y el tipo de actividades que realizan las personas durante la vejez.
- Probar si existe asociación entre el nivel de autoeficacia para realizar actividades de la vida cotidiana en personas adultas mayores y el nivel de bienestar subjetivo durante la vejez.
- Probar si existe asociación entre el tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores y el nivel de bienestar subjetivo durante la vejez.

6.5. Hipótesis

- Existe una correlación significativa entre el nivel de autoeficacia en personas adultas mayores y el tipo de actividades que realizan las personas durante la vejez.
- Existe una correlación significativa entre el nivel de autoeficacia en personas adultas mayores y el nivel de bienestar subjetivo durante la vejez.
- Existe una correlación significativa entre el tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores y el nivel de bienestar subjetivo durante la vejez.

CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño y tamaño de la muestra

A partir de un diseño *ex post facto*, no probabilístico, intencional y selectivo, se trabajó con un grupo, con participación voluntaria, de 207 personas mayores de 60 años de edad, que asisten a los diferentes Centros Culturales del Instituto Nacional de la Persona Adultas Mayores (INAPAM) de la Ciudad de México.

Así se conformó la muestra con las características de los sujetos, de tamaño $N = 207$ adultos mayores de entre 60 y 90 años de edad, con una media de 71 años y una desviación de 6.42; con prevaencia del género femenino $n_1 = 173$ y para el género masculino $n_2 = 34$.

7.2. Criterios de inclusión

- Personas mayores de 60 años de edad sin importar el sexo, estado civil y escolaridad.
- Participación de manera voluntaria.

7.3. Criterios de exclusión

Aquellas personas que no contaron con las características antes mencionadas.

7.4. Escenario

El proyecto se realizó en cuatro Centros Culturales:

- Aragón, en la colonia Alamos, #224.

- Cuauhémoc, en la colonia Narvarte #956.
- San Francisco, en la colonia del Valle #1809.
- Alambra en la colonia Portales #1113.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en el espacio que cada Centro determinó, siendo de manera homogénea para todos los participantes.

7.5. Materiales

Lápices

Copias de la batería

7.6. Instrumentos de medición

- Ficha de datos sociodemográficos, para obtener los datos generales de los participantes en la investigación y el tipo e actividades que realizan (ANÉXO 4).
- Escala de Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geriatric Center, PGC*), elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar subjetivo de adultos mayores, en tres factores (ANÉXO 5).

Factor 1. Agitación, compuesto por ocho ítems, con una puntuación máxima de ocho y mínima de cero.

Factor 2. Actitud hacia su propio envejecimiento, compuesto por siete ítems, con una puntuación máxima de siete y mínima de cero.

Factor 3. Soledad / Insatisfacción, compuesto por ocho ítems, con una puntuación máxima de diez y mínima de cero.

- Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) elaborado por González-Celis, 2002 (ANEXO 3).

En el presente trabajo la autoeficacia abarca cinco dominios:

- Actividades de independencia, compuesto por seis ítems, con una puntuación máxima de 24 y mínima de cero.
- Actividades recreativas mentales, compuesto por seis ítems, con una puntuación máxima de 24 y mínima de cero.
- Actividades recreativas físicas, compuesto por cinco ítems, con una puntuación máxima de 20 y mínima de cero.
- Actividades sociales, compuesto por seis ítems, con una puntuación máxima de 24 y mínima de cero.
- Actividades de protección a la salud, compuesto por tres ítems, con una puntuación máxima de 12 y mínima de cero.

7.7. Definición de variables

- *Actividad.*

Definición Conceptual. Un comportamiento que responde a un evento (Reich, Zautra & Hill, 1987).

Definición Operacional.

- Las actividades que los participantes acostumbran hacer en su tiempo libre: ver t.v./escuchar música; domésticas; manualidades; sociales, culturales y educativas; oficio; deportivas; y/o dormir y descansar.
- Las actividades que los participantes acostumbran hacer para mantenerse mentalmente activos: leer; ir al cine, teatro o espectáculos; ir a museos; juegos de mesa; pintar; resolver juegos; ver televisión; y/o aprender algo nuevo.
- Las actividades que los participantes acostumbran hacer para mantenerse físicamente activos: caminar o trotar; bailar; ejercicio físico; subir y bajar escaleras; y/o quehaceres domésticos.
- *Bienestar subjetivo.*

Definición Conceptual. La satisfacción por la vida, felicidad, moral; y como la valoración global que la persona realiza en función de criterios propios (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002), es decir, "*la percepción de los individuos de su posición en la vida dentro del contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual viven, y la relación de sus metas, expectativas, estándares e intereses*" de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Harper & Power, 1998, p. 551).

Definición Operacional.

Abarca los tres factores: factor 1. Agitación; factor 2. Actitud hacia su propio envejecimiento; y factor 3. Soledad / Insatisfacción.

- *Autoeficacia.*

Definición conceptual. Se refiere a las creencias en las propias capacidades para controlar, organizar y ejecutar las acciones requeridas en diversas situaciones (Bandura, 1993; 1999).

Definición operacional. Abarca cinco dominios:

- Actividades de independencia: preparar sus alimentos, planchar su ropa, quehaceres domésticos, lavar su ropa, asear su habitación e ir de compras.
- Actividades recreativas mentales: resolver juegos de pasatiempos, armar rompecabezas, pintar, dibujar o iluminar, jugar juegos de mesa, leer y ver televisión.
- Actividades recreativas físicas: hacer aeróbics, correr o trotar, hacer ejercicio, bailar o cantar y nadar.
- Actividades sociales: platicar con familiares y amigos, platicar con vecinos, visitar familiares, visitar amigos, hablar por teléfono con amigos o familiares y convivir con gente de mi edad.
- Actividades de protección a la salud: realizar análisis médicos, tomar medicamentos y visitar al medico o ir al hospital.

7.8. Procedimiento

Se estableció contacto con el INAPAM para pedir la autorización (ANÉXO 4) de aplicar una batería que consta de nueve instrumentos, retomando tres de ellos para ésta investigación:

1. Ficha de datos sociodemográficos, para obtener los datos generales de los participantes en la investigación.
2. Calidad de Vida (WHOQoL-BREVE versión en español, traducida y adaptada al español por González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002).
3. Escala de Bienestar Subjetivo (PGC), elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar subjetivo de adultos mayores.
4. Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) traducido por González-Celis, 2002.
5. Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, 1983 versión en español.
6. Cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990).
7. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
8. Inventario de Beck (BDI).
9. Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (Montero, 2000).

Una vez obtenida la autorización, se procedió a invitar a los adultos mayores a participar en el proyecto de investigación, donde se les explicó la finalidad y posteriormente, a aquellas personas que aceptaron verbalmente participar, se les aplicaron los instrumentos tipo entrevista, empleando tarjetas de respuesta como apoyo (ANEXO 5), en una o dos sesiones hasta completar la batería de Evaluación Psicogerontológica, la manera en que éstos se aplicaron fue la misma para todos incluyendo el orden. Al finalizar se les dieron algunas recomendaciones

de cómo mejorar su calidad de vida (ANÉXO 6) y, de solicitarlo, se les entregaba una hoja con un directorio telefónico de instituciones donde podrían recibir apoyo psicológico (ANÉXO 7).

7.9. Análisis de datos

El tipo de análisis fue de manera cuantitativa, esto apoyándose en el resultado de la aplicación de los instrumentos. Se utilizaron el coeficiente de correlación “ r ” de Pearson para calcular las correlaciones entre las variables y las medidas descriptivas de frecuencia, mínimo, máximo, media, desviación estándar y varianza para describir el comportamiento de éstas.

CAPÍTULO 8. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Mediante la aplicación de la evaluación realizada a las personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México, se observaron variaciones respecto del tipo de actividades que los participantes realizan en su tiempo libre y para mantenerse física y mentalmente activos.

Las categorías de actividades que se presenten a continuación no son mutuamente excluyentes.

En el reactivo correspondiente a las tres principales actividades que realizaban en su tiempo libre, un mayor número de individuos respondió que llevaba a cabo actividades sociales, culturales o educativas; en segundo término, actividades deportivas, mientras que sólo unos cuantos reportaron realizar oficios o dormir (Figura 1).

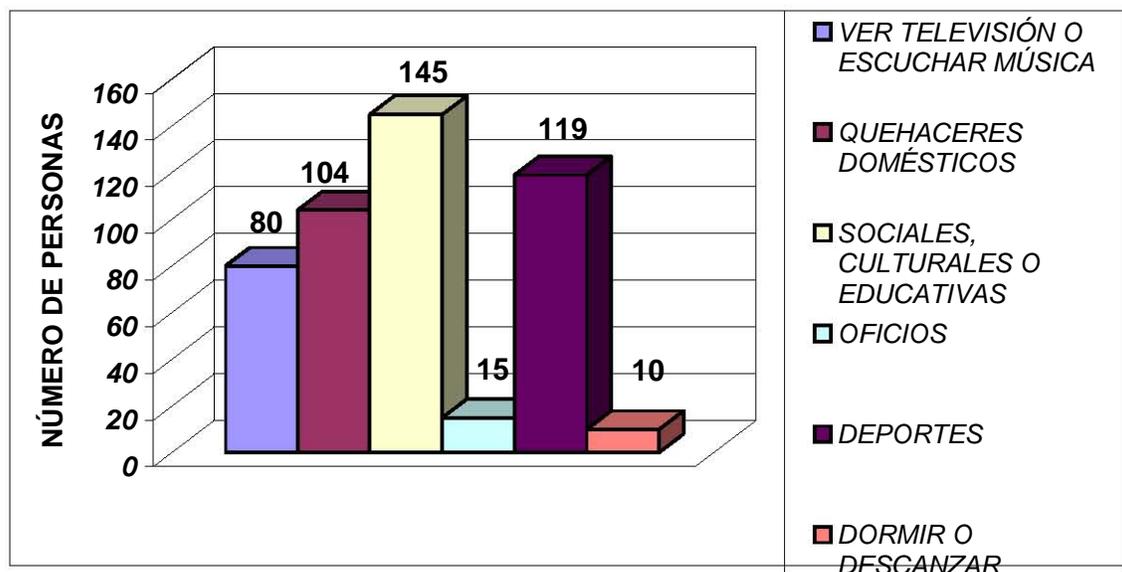


Figura 1. Principales actividades que realizan en su tiempo libre.

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Respecto de las actividades que los participantes realizan para mantenerse mentalmente activos, se observó una frecuencia mayor en el número de personas

que leía, seguida por ver televisión, mientras que la actividad de pintar fue en la que presento menor frecuencia que en el resto de las opciones (Figura 2).

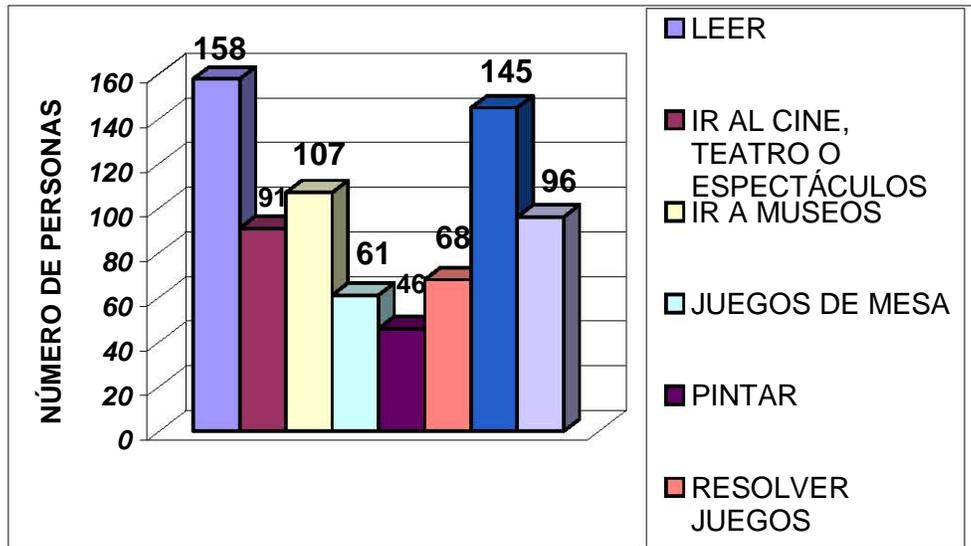


Figura 2. Actividades para mantenerse mentalmente activos.

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Además en lo referente a las actividades que las personas adultas mayores participantes realizan para mantenerse físicamente activos gran parte se encuentra en quehaceres domésticos; seguida por caminar, trotar o correr; y la que menor frecuencia presentó fue bailar (Figura 3).

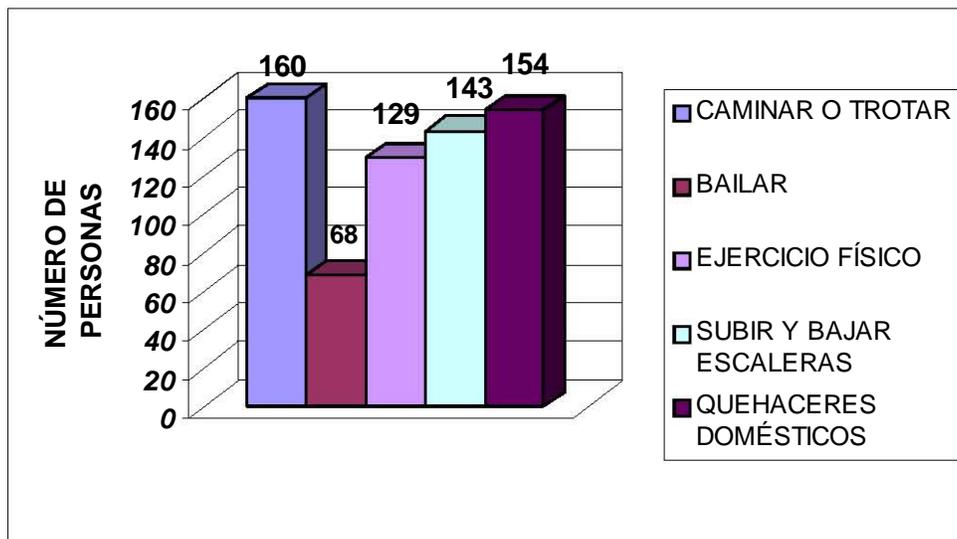


Figura 3. Actividades para mantenerse físicamente activos.

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

En cuanto a la variable de bienestar subjetivo (Tabla 2), se puede observar que el valor más alto observado en la variable de bienestar subjetivo fue de 25, igual al máximo posible, es decir, 25. Sin embargo, los datos muestran que el valor menor observado en los tres factores que componen a esta variable es de cero, mientras que el valor más bajo del Bienestar Subjetivo general es de 4. Lo cual refleja que existen personas cuyo bienestar subjetivo se encuentra muy en niveles bajos.

Tabla 2. Medidas descriptivas de bienestar subjetivo.

	NÚMERO DE PERSONAS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	VARIANZA
BIENESTAR SUBJETIVO	197	4	25	18.17	5.23	27.327
AGITACIÓN	205	0	8	5.83	1.98	3.936
ACTITUD HACIA SU PROPIA ENVEJECIMIENTO	200	0	7	4.76	1.85	3.407
SOLEDAD / INSATISFACCIÓN	204	0	10	7.64	2.07	4.280

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Las puntuaciones obtenidas en el bienestar subjetivo se clasificaron en categorías, mediante un procedimiento de estandarización de acuerdo con el comportamiento de la variable, tomando en cuenta la media y dos desviaciones estándar, como se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Datos de estandarización de bienestar subjetivo.

NIVEL DE BIENESTAR SUBJETIVO	PUNTAJE CRUDO	RANGO DE DESVIACIÓN
POBRE	0 - 8	-1 a -2
REGULAR	9 - 18	-1 a 1
BUENO	19 - 29	1 a 2

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Al estandarizar las puntuaciones se encontró que la mayor parte de los ancianos presentan un buen bienestar subjetivo, mientras que sólo el seis por ciento de las personas presentaban un bienestar subjetivo pobre (Figura 4).

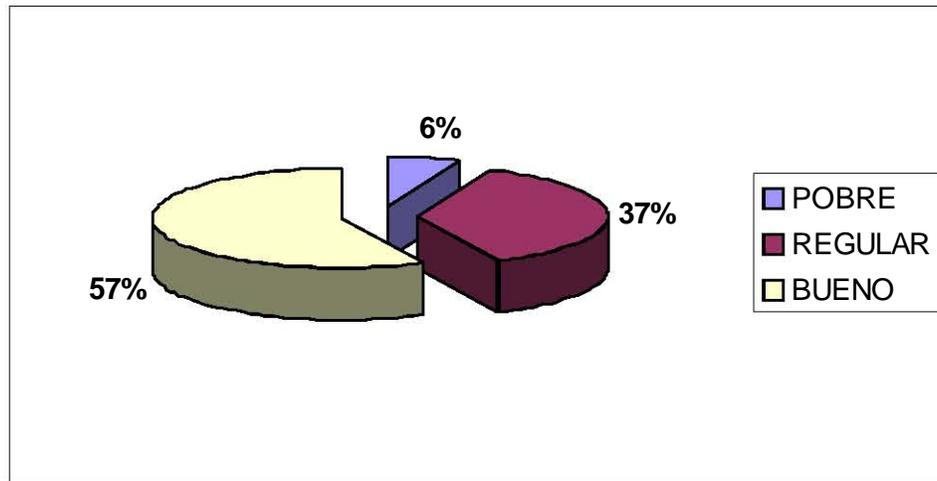


Figura 4. Nivel de bienestar subjetivo.

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

En lo referente a la autoeficacia, en la Tabla 4, se puede observar que el valor más alto obtenido en esta variable fue de 100, igual al máximo posible, es decir, 100. Así mismo, es claro que la media la autoeficacia no es muy diferente a la de los factores que lo compone, incluso tres de ellos, actividades de independencia, actividades sociales y actividades de protección a la salud, son superiores. Sin embargo, los valores mínimos se encuentran muy por debajo de la media, incluso, en tres de los factores, actividades recreativas físicas, actividades recreativas mentales y actividades de protección a la salud, es de cero. Lo cual muestra que, a pesar de que existen niveles de autoeficacia percibida altos, en al menos uno de los participantes el nivel es muy bajo.

Tabla 4. Medidas descriptivas de autoeficacia.

	NÚMERO DE PERSONAS	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	VARIANZA
AUTOEFICACIA	203	23.08	100	67.5127	17.5699	308.701
ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	205	12.50	100	79.2967	20.7317	429.803
ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES	205	0	100	60.0976	24.5713	603.749
ACTIVIDADES RECREATIVAS FÍSICAS	206	0	100	52.4757	25.6655	658.719
ACTIVIDADES SOCIALES	205	12.50	100	70.0626	22.2357	494.427
ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD	206	0	100	76.8608	22.8828	523.621

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

En cuanto a la percepción de autoeficacia, se clasificaron los resultados en categorías, empleando el mismo procedimiento de utilizado en las puntuaciones de bienestar subjetivo.

Tabla 5. Datos de estandarización de autoeficacia.

NIVEL DE AUTOEFICACIA	PUNTAJE CRUDO	RANGO DE DESVIACIÓN
BAJO	0 - 699.34	-1 a -2
LEVE	699.35 - 1395.03	0 a -1
MODERADO	1395.04 - 2090.72	0 a 1
ALTO	2090.73 - 0	1 a 2

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Resultando que la mayor parte de las personas adultas mayores presentan un buen nivel de autoeficacia, mientras que sólo el uno por ciento de las personas presentaban una percepción baja (Figura 5).

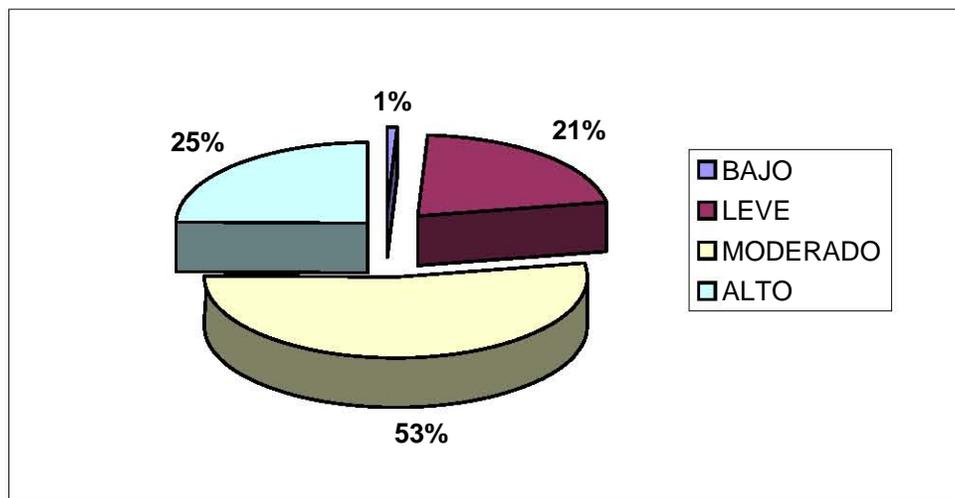


Figura 5. Grado de autoeficacia.

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Finalmente, para determinar el grado de correlación existente entre las distintas variables se empleó la prueba estadística de "r" de Pearson. Presentando a continuación únicamente aquellas correlaciones que se observaron como significativas.

Del mismo modo, las correlaciones significativas de las actividades con el bienestar subjetivo, la autoeficacia y los factores y dominios que los conforman, se muestran sin separar las actividades que los participantes realizan durante el tiempo libre de las que llevan a cabo para mantenerse mental o físicamente activos.

De esta manera, se determinaron relaciones significativas, pero moderadamente bajas, entre únicamente cuatro de las actividades evaluadas y el bienestar subjetivo, así como de algunas de éstas con los factores que lo conforman (Tabla 6).

Tabla 6. Correlaciones significativas entre Bienestar Subjetivo Total y sus tres factores y algunas Actividades.

ACTIVIDADES	BIENESTAR SUBJETIVO TOTAL Y SUS TRES FACTORES			
	BIENESTAR SUBJETIVO TOTAL	FACTORES		
		AGITACIÓN	ACTITUD HACIA SU PROPIO ENVEJECIMIENTO	SOLEDAD / INSATISFACCIÓN
QUEHACERES DOMÉSTICOS	-.206(**)	- .185(**)	-.192(**)	
SOCIALES, CULTURALES O EDUCATIVAS		.158(*)		
LEER	.256(**)	.237(**)	.195(**)	.232(**)
IR AL CINE TEATRO O ESPECTÁCULOS	.239(**)	.147(*)	.192(**)	.257(**)
RESOLVEL JUEGOS	.187(**)		.154(*)	.202(**)
APRENDER ALGUNUEVO				.156(*)

**Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas). *Correlación significativa al nivel 0.05 (2colas).

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Por otra parte, se encontraron relaciones significativas, pero moderadamente bajas, entre únicamente dos de las actividades evaluadas y la autoeficacia, así como de algunas de éstas con cuatro de los factores que la conforman (Tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones significativas entre Autoeficacia Total y sus dominios y algunas Actividades.

AUTOEFICACIA TOTAL Y SUS CINCO DOMINIOS						
ACTIVIDADES	AUTOEFICACIA TOTAL	DOMINIOS				
		ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES	ACTIVIDADES RECREATIVAS FÍSICAS	ACTIVIDADES SOCIALES	PROTECCIÓN A LA SALUD
QUEHACERES DOMÉSTICOS		.149(*)	-.151(*)		-.167(*)	
MANUALIDADES			.150(*)			
DEPORTES				.200(**)		
LEER	.142(*)	.162(*)	.234(**)			
IR AL MUSEO		.154(*)				
PINTAR			.152(*)			
RESOLVER JUEGOS	.219(*)	.152(*)	.265(**)	.174(*)		
APRENDER ALGO NUEVO				.181(**)		
BAILAR				.147(*)		
EJERCICIOS FÍSICOS				.259(**)		

** Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas). * Correlación significativa al nivel 0.05 (2colas).

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

Finalmente, se encontraron correlaciones significativas, pero moderadamente bajas el bienestar subjetivo y la autoeficacia, así como de los factores y dominios que conforman a estas variables (Tabla 8).

Tabla 8. Correlaciones significativas entre Bienestar Subjetivo Total y sus factores y Autoeficacia Total y sus dominios.

BIENESTAR SUBJETIVO TOTAL Y SUS TRES FACTORES				
	BIENESTAR SUBJETIVO TOTAL	FACTORES		
		AGITACIÓN	ACTITUD HACIA SU PROPIO ENVEJECIMIENTO	SOLEDAD / INSATISFACCIÓN
AUTOEFICACIA TOTAL	.349(**)	.233(**)	.372(**)	.303(**)
ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	.267(**)	.152(*)	.334(**)	.209(**)
ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES	.338(**)	.270(**)	.349(**)	.259(**)
ACTIVIDADES RECREATIVAS FÍSICAS	.182(*)		.260(**)	.176(*)
ACTIVIDADES SOCIALES	.332(**)	.227(**)	.321(**)	.323(**)
ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD	.275(**)	.268(**)	.177(*)	.252(**)

**Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas). *Correlación significativa al nivel 0.05 (2colas).

Fuente: Personas adultas mayores que asisten a los centros culturales del INAPAM de la Ciudad de México (N= 207).

CAPÍTULO 9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se ha expuesto la tercera edad no es únicamente cuestión de longevidad, también es importante, tanto en la tercera edad como en todas las etapas de la vida, tomar en cuenta la Calidad de Vida que incluye distintos elementos entre lo que se encuentran lo que la persona es capaz de hacer, el acceso que tiene a los recursos y oportunidades para lograr sus metas, y la sensación de bienestar que un individuo posee (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

En otras palabras, son importantes, las actividades que realizan las personas adultas mayores, su bienestar subjetivo, así como la autoeficacia para realizar actividades, aspectos que fueron el centro de estudio en esta investigación.

De esta manera, las diferencias en la frecuencia con la que los participantes realizan las actividades que se presentan en los resultados pueden deberse, como lo menciona Horgas, et. al. (1998) y Rowe y Kahn (1998), a las prioridades, metas y al sistema de creencias de las personas adultas mayores.

Además, no debe extrañar que las actividades que resultaron con una mayor frecuencia, son las de oficios ya que posiblemente éstos sean el medio para su manutención además de una actividad de esparcimiento; y seguidamente por quehaceres domésticos para el aseo del lugar en el que habitan.

El hecho de que la frecuencia más alta, en actividades sociales, culturales o educativas, y el menor, en dormir o descansar, podría reflejar la variedad de creencias, valores y metas, la disminución en la práctica de ciertas actividades, posiblemente por la presencia de enfermedades, al aislamiento social y/o la reducción de la independencia que Ory y Cox (1994) mencionan son asociadas frecuentemente con la vejez.

Respecto de las actividades que los participantes realizan para mantenerse mentalmente activos, en los resultados se muestra que la frecuencia mayor se presentó en la actividad de aprender algo nuevo, aunque también es de aproximadamente tres cuartos de la muestra, con lo que podría existir contradicción o simplemente la ausencia de una correlación en lo expresado por Quintanilla (2000) y Furguet y Caner (1993), es decir, con la supuesta reducción en la eficiencia para resolver problemas que influye en la capacidad para el aprendizaje. Aunque se debe tener en cuenta que dicha muestra estuvo conformada por personas de la tercera edad que asisten a centros culturales en los que aprenden distintas cosas, por lo que la frecuencia puede deberse más a las metas y prioridades que a las capacidades o cambios provocados, según Quintanar (2003), por factores extrínsecos al envejecimiento en esta etapa de sus vidas.

Sucediendo, posiblemente, lo mismo con la conservación de la creatividad y la capacidad imaginativa, mencionada por los mismos autores, puesto que la actividad de pintar que podría estar basada en ello presenta la frecuencia más baja.

Sin embargo, los resultados de las actividades que se presentan sólo presentan la frecuencia con la que se realizan, de acuerdo con uno de los objetivos del estudio, no lo que impulsa a las personas a realizarlas y de ahí la diferencia. Por lo tanto, sería conveniente llevar a cabo estudios para conocer también las causas o motivaciones por las que las personas realizan con mayor frecuencia unas actividades que otras.

Por otro lado, en la variable de bienestar subjetivo en los resultados se muestra que la mayor parte de las personas adultas mayores entrevistadas reportan un nivel bueno y regular; mientras que sólo el 6% reportan un nivel bajo. Lo cual concuerda con lo mencionado por Baltes (1977;1998) es decir, que el

bienestar subjetivo no declina forzosamente con la edad, ya que se pueden reubicar las pérdidas, como las enfermedades, la pérdida de seres queridos, la posibilidad de independencia y el control sobre su vida y su actividad (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Además, el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores se ve influenciado por distintas variables entre las que se encuentran el género, el estado civil, las enfermedades, el trato en casa, los sucesos recientes que pudieran ser traumáticos o negativos y el estilo afectivo (Kafetsois & Nezlek, 2002), las cuales no fueron objeto de estudio pero que sería conveniente de tomar en cuenta en estudios posteriores, sobre las diferencias en el bienestar subjetivo de las personas ancianas.

Sin embargo, como lo menciona Anguas (2004), la percepción que realizan los individuos no siempre coincide con la valoración que se realiza objetivamente desde el exterior, por lo que sería conveniente llevar a cabo estudios que evalúen la correlación entre ambas observaciones.

En lo referente a la autoeficacia, un mayor porcentaje de participantes reportó un nivel alto y moderado y únicamente menos de la tercera parte reportó niveles leve y bajo. Lo que también muestra que a pesar de los cambios y pérdidas que tienen los ancianos no necesariamente implica que se sienten menos útiles.

A pesar de que, como Grembowsky, et. al. (1993) lo mencionan, existe una creciente variación de condiciones personales y sociales que cambian la percepción de control e independencia; además de la influencia de las experiencias de éxito en la superación de obstáculos, las experiencias vicarias, la persuasión social y el estado físico (Bandura, 1982, 1999). Aspectos que sería

necesario tomar en cuenta en futuras investigaciones sobre las diferencias en la autoeficacia entre las personas y sus causas.

Por otra parte, en lo que respecta a la hipótesis de la asociación entre el bienestar subjetivo y las actividades que realizan las personas adultas mayores, ésta pudiese verse parcialmente desechada ya que únicamente en cuatro de 17 actividades evaluadas se encontraron correlaciones significativas con el bienestar subjetivo, además de que éstas fueron moderadamente bajas, ocurriendo lo mismo con los dominios que conforman a esta variable, es decir, la agitación, la actitud hacia su propio envejecimiento, y la satisfacción / soledad. Lo cual resulta inesperado al tener en cuenta que, según Antequera-Jurado & Blanco (1998), entre otros elementos, el perder la independencia, el control sobre la vida y la actividad propiamente dicha, afecta el bienestar subjetivo de las personas de la tercera edad.

Del mismo modo, como lo mencionan Sánchez-Sosa y González-Celis (2004), lo que hace la persona, lo que piensa y lo que siente son las tres áreas que abarca el bienestar desde el punto de vista psicológico. Por tanto, se esperaría que al aumentar la frecuencia en la realización de actividades aumente el nivel de bienestar, de esta manera, se esperaría que el aumento de la frecuencia de realización de oficios y de quehaceres domésticos estuviese asociado con el aumento del bienestar subjetivo. Sin embargo, no se presentaron correlaciones significativas entre la realización de oficios y el bienestar subjetivo y, aunque sí existió entre los quehaceres domésticos y éste. Lo cual podría deberse a la diferencia de roles desempeñados por los hombres y las mujeres, y a que la muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres, cuyas actividades en su mayor parte podrían ser los quehaceres domésticos al igual que en las etapas anteriores de su vida.

Sin embargo, la casi ausencia de correlaciones significativas puede deberse a que, de acuerdo con Sánchez-Sosa y González-Celis (2002), el bienestar subjetivo es una valoración que la persona realiza bajo sus propios criterios, y en tanto cada persona es diferente, los elementos en los que se basa para realizar dicha evaluación varían y no tiene que corresponder forzosamente con criterios que emplearía otra persona para evaluar el bienestar subjetivo del otro, como lo son las actividades que realiza un individuo.

En lo referente, a los datos relacionados con la hipótesis de la posible asociación entre la autoeficacia y las 17 actividades incluidas en el presente estudio, también se deshecha debido a que únicamente se presentaron correlaciones significativas, aunque moderadamente bajas, con dos de las actividades (leer y resolver juegos), las cuales presentan una frecuencia menor de la mitad del tamaño de la muestra. Al contrario de la ausencia de correlaciones significativas entre estas variables y las actividades de aprender algo nuevo, caminar o trotar y quehaceres domésticos con la que se esperaba existiesen correlaciones significativas, ya que presentaron frecuencias mayores a las 150 de 207 personas entrevistadas.

Ocurriendo algo similar con los cinco dominios que conforman la autoeficacia, donde por ejemplo, de las tres actividades con frecuencia más alta, únicamente la realización de quehaceres domésticos se correlacionó significativa pero pobremente con las actividades de independencias, las recreativas mentales y las sociales.

Dicha falta de correlaciones significativas, principalmente altas, puede no ser resultado de las metas y objetivos de los individuos que participaron en el estudio y de la oportunidad que tienen para realizar las actividades que se creen capaces de llevar a cabo. Así una persona que se cree capaz de llevar a cabo

actividades sociales puede no estar interesada o tener la oportunidad de llevarlas a cabo.

Por otro lado, la hipótesis de que existe asociación entre la autoeficacia y el bienestar subjetivo puede tomarse como parcialmente aceptada, ya que, como se muestra en los resultados, se presentaron correlaciones significativas, sin embargo igualmente moderadamente bajas, entre ambas variables y entre los todos los dominios y factores que las integran, a excepción del caso de las actividades recreativas físicas de la autoeficacia y la agitación del bienestar subjetivo.

Estas correlaciones eran esperadas debido a que como se mencionó, las dos variables son parte de los factores relacionados con la calidad de vida. Sin embargo, se hubiese esperado que fuesen más fuertes y que se presentasen, también más correlaciones significativas y menos entre éstas y las actividades que realizan las personas adultas mayores, ya que lo que hace el individuo también afecta su calidad de vida.

Sin embargo, los resultados presentados en éste trabajo no son contundentes, es necesario llevar a cabo un mayor número de estudios para contrastar sus resultados con los presentados en éste.

Del mismo modo, el campo de estudio de las personas adultas mayores, su Calidad de Vida, su autoeficacia para realizar actividades, la realización de éstas y su bienestar subjetivo, entre muchos otros, son fenómenos de la psicología en los que es necesario un arduo trabajo de investigación para conocer cómo se desarrollan los fenómenos y los elementos que intervienen en ellos. Ya que los estudios que se han realizado en éste campo son relativamente pocos en comparación con el número de estudios realizados en otros sectores de la población.

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS 62
PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA
María del Refugio Acuña Gurrola

ANEXOS

ANEXO 1

1. FOLIO _____



UNAM

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. NOMBRE _____

3. SEXO Femenino () Masculino () 4. EDAD _____ (años cumplidos)
5. ESTADO CIVIL Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()
6. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE Solo () Con su pareja o cónyuge () Con sus hijos ()
Con un familiar () Otro () ¿Quién? _____
7. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO ASÍ? Días _____
Meses _____
Años _____
8. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()
¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____
10. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()
11. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?
Ninguno en absoluto () Primaria () Secundaria o Nivel Técnico () Bachillerato o Profesional ()
12. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?
Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____
13. ¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, Jubilado o pensionado ()
Labores del hogar () Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____
- Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 14 y 15, si no pase a la pregunta 16
14. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Labores del hogar () Otra ¿cuál? _____
15. FECHA DE SU RETIRO: Días _____
Meses _____
Años _____

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA

María del Refugio Acuña Gurrola

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

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 Ver tv/escuchar música_____ | 5 Oficios_____ |
| 2 Domésticas_____ | 6 Deportivas_____ |
| 3 Manualidades_____ | 7 Dormir/descansar_____ |
| 4 Sociales, culturales, educativas_____ | 8 Otras, ¿cuáles?_____ |

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

18. ¿DE QUÉ TIPO?

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

19. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

Al menos una vez a la semana ()

Al menos una vez al mes ()

Ocasionalmente ()

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

21. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____

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

Días _____

Meses _____

Años _____

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

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

25. ¿CUÁNTAS HORAS DUERME DIARIAMENTE? _____

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

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

28. ¿BEBE DURANTE EL DÍA? Sí () No ()

29. ¿CUÁNTAS COPAS BEBIÓ LA ÚLTIMA VEZ?

Lo suficiente para sentirse bien ()

Lo suficiente para perderse ()

Lo suficiente para emborracharse ()

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA

María del Refugio Acuña Gurrola

30. REALIZA DIARIAMENTE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA COMO:

Caminar, trotar, correr () Bailar () Ejercicios físicos () Subir y bajar escaleras ()

Quehaceres domésticos () Otras ¿cuáles? _____ Ninguna_____

31. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA PARA MANTENERSE MENTALMENTE ACTIVO?

Leer () Ir al cine, teatro o espectáculos () Ir al museo () Juegos de mesa () Pintar ()

Resolver juegos () Ver tv () Aprender algo nuevo () Otras ¿cuáles?_____ Ninguna__

32. EN RELACIÓN A SU ALIMENTACIÓN, USTED CONSUME:

Productos lácteos al menos una vez al día ()

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

Carne, pescado, aves o leguminosas diariamente ()

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

ANEXO 2



UNAM

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

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

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

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

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

	ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
I-1	Preparar sus alimentos					
I-2	Planchar su ropa					
I-3	Quehaceres domésticos					
I-4	Lavar su ropa					
I-5	Asear su habitación					
I-6	Ir de compras					

	ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES					
RM-1	Resolver juegos de pasatiempos					
RM-2	Armar rompecabezas					
RM-3	Pintar, dibujar o iluminar					
RM-4	Jugar juegos de mesa					
RM-5	Leer					
RM-6	Ver televisión					

	ACTIVIDADES RECREATIVAS FISICAS					
RF-1	Hacer aerobics					
RF-2	Correr o trotar					
RF-3	Hacer ejercicio					
RF-4	Bailar o cantar					
RF-5	Nadar					

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA

María del Refugio Acuña Gurrola

	ACTIVIDADES SOCIALES					
S-1	Platicar con familiares y amigos					
S-2	Platicar con vecinos					
S-3	Visitar familiares					
S-4	Visitar amigos					
S-5	Hablar por teléfono con amigos o familiares					
S-6	Convivir con gente de mi edad					

	ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD					
PS-1	Realizar análisis médicos					
PS-2	Tomar medicamentos					
PS-3	Visitar al medico o ir al hospital					

ANÉXO 3

FOLIO: _____



Escala de Bienestar Subjetivo (PGC) Paul Lawton

Instrucciones: A continuación se le mostrarán dos tarjetas, una con la palabra **SI** y otra con la palabra **NO**; escuche atentamente cada una de las afirmaciones y señale la tarjeta que se ajuste a los sentimientos y pensamientos que ha experimentado en las dos últimas semanas.

Factor 1 - Agitación

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 - Actitud hacia su propio envejecimiento

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 envejezco, soy 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

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA

María del Refugio Acuña Gurrola

7. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven
SI NO

Factor 3 - Soledad/Insatisfacción

1. ¿Qué tan solo me siento?
.....

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 estoy con mi 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

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN

87/81/2885 09:28 -55361425

DAG

PAG. 02

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES
DIRECCION DE GERONTOLOGIA



México D.F., junio 30, 2005
DdG.0929/2005

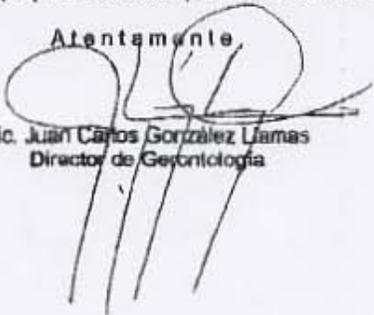
DRA ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
Profesora Titular de la
Carrera de Psicología, División de Investigación y
Posgrado de la
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México
Presente

En relación a su atenta comunicación de fecha 29 de junio del presente, me permito informarle que no existe ningún inconveniente para realizar la batería de evaluación que en su escrito menciona, por lo que le suplico de la manera más atenta se ponga en contacto, después del 15 de julio con los Administradores de los Centros Culturales:

- > Lic. María de la Cruz Serrano Fragoso, CC Aragón, tel. 5579 83 05
- > T.S. Leonardo Flores Santiago, CC Cuauhtémoc, tel. 5669 3104
- > Lic. Leticia Chávez Zamudio, CC San Francisco, tel. 5534 9597
- > T.S. Isabel Rojas Espíritu, CC Alhambra, tel. 5539 9637

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,


Lic. Juan Carlos González Uamas
Director de Gerontología

JCGLL:pw



ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA

María del Refugio Acuña Gurrola



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, a 29 de junio de 2005.

Lic. Juan Carlos González Llamas
Director de Gerontología
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

Por medio de la presente, se solicita su autorización para aplicar una batería de evaluación dirigida a personas adultas mayores que asistan de forma regular a los Centros Culturales del INAPAM. Dicha batería, tiene la finalidad de evaluar la calidad de vida así como otras medidas adicionales, de las personas adultas que asisten a dichos centros. La batería de evaluación, está conformada por los siguientes instrumentos:

Cuestionario de afrontamiento (Font, 1990)

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

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

Escala de bienestar subjetivo (PGC) (Paul Lawton)

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Inventario multifacético de soledad, IMSOL (Montero, 2000)

Instrumento de Calidad de Vida (WHOQoL-Breve) versión en español de la Organización Mundial de la Salud (traducido y validado por González-Celis & Sánchez-Sosa, 2002).

En cuanto a las condiciones de la aplicación, tomando en cuenta que son instrumentos largos, se pretende realizarla en dos sesiones con una duración aproximada de una hora cada una. Asimismo, sería recomendable, la aplicación de forma individual.

El grupo de trabajo está conformado por los siguientes psicólogos:

Acuña Gurrola María del Refugio
Aguirre Ortuño Nancy
García Ruiz Marisol
García Sandoval Margarita
Gómez Hernández Miriam
Lázaro López Gabriela
López Cueva Karla Araceli
Padilla Fuentes Adriana
Pérez Díaz Juan Manuel
Pineda Aniceto Maribel Anais
Reyes Jarquín Karina
Rodríguez Herrera Tomás
Vera Ortega Sandra



Cabe señalar que el trabajo de evaluación será supervisado por la Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel. Por otra parte posterior a la evaluación, el grupo de trabajo, se compromete a entregar los resultados de la población evaluada.

En espera de su amable respuesta, reciba un cordial saludo y mi respeto académico.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
PROFESOR TITULAR DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA, POSGRADO E INVESTIGACIÓN.
MIEMBRO DEL PADRÓN DE TUTORES DEL DOCTORADO EN PSICOLOGÍA.
MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.
RESPONSABLE DEL PROYECTO "CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENVEJECIMIENTO".

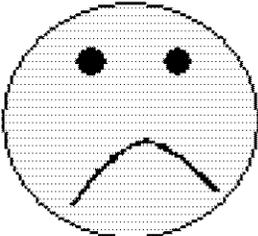
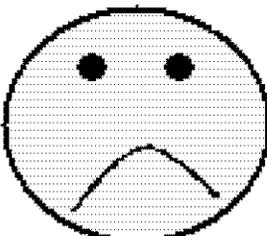
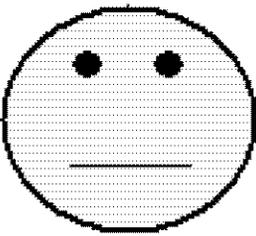
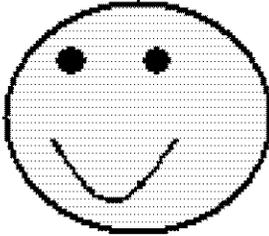
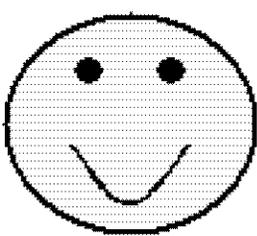
E-mail: algcr@servidor.unam.mx

Tels: 5623-1192 y 5623-1160 Fax: 5623-1193 y 5623-1205

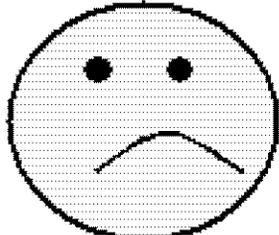
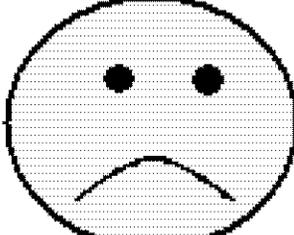
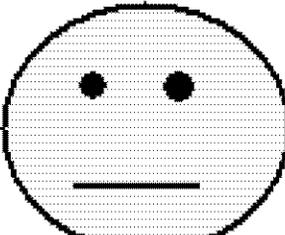
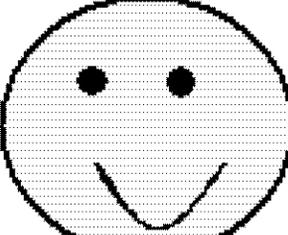
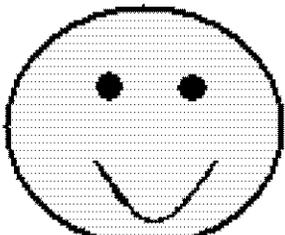
ANEXO 5

TARJETAS DE RESPUESTA

Calidad de Vida

MUY MALA 	MALA 	REGULAR 	BUENA 	MUY BUENA 
---	---	---	--	--

Satisfacción

MUY INSATISFECHO 	SATISFECHO 	REGULAR 	SATISFECHO 	MUY SATISFECHO 
---	---	---	---	---

ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA
María del Refugio Acuña Gurrola

Intensidad

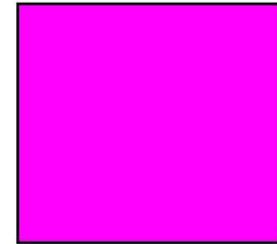
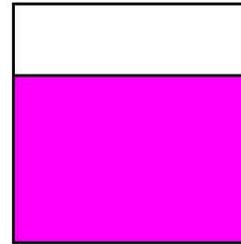
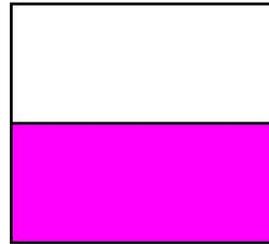
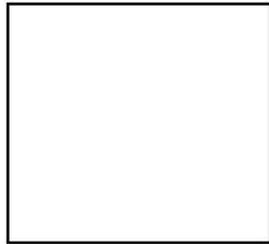
NADA

UN POCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

COMPLETAMENTE



Frecuencia

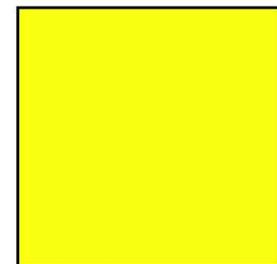
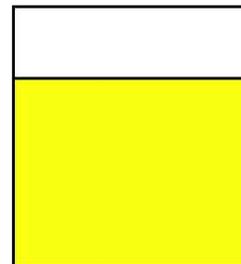
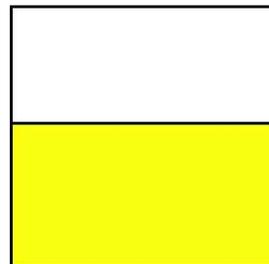
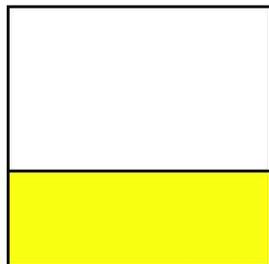
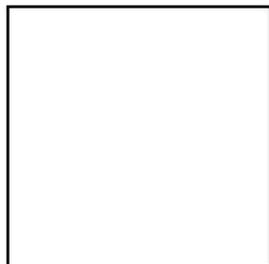
NUNCA

AVECES

MODERADAMENTE

MUY SEGUIDO

SIEMPRE



ASOCIACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA, TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU AUTOEFICACIA
María del Refugio Acuña Gurrola

NO

SI

ANEXO 6

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, establecer una rutina diaria o semanal, de acuerdo a su condición de salud, sus necesidades, gustos, habilidades y preferencias.

Acudir a su médico preferentemente, 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 autoeficacia 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.

ANEXO 7

DIRECTORIO TELEFÓNICO

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

SECRETARÍA DE SALUD TEL: 57-40-36-81

CLÍNICA 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 PSICOLÓGICA 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.
CLÍNICA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE C.U.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM
Doctora Rebeca Sánchez. Tel. 56-22-23-09

REFERENCIAS

- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1974). *Developing measures on perceived life quality*. Social Indicators Research, 1(1), 1-30.
- Anguas, A. (2005). Bienestar subjetivo en México: un enfoque etnopsicológico. En: Garduño, L.; Salinas, B. y Rojas, M. (Com.) Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. (167-195). México: Plaza y Valdez.
- Anquetquera-Jurado, R. ; Blanco, P. A. (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En: Salvarezza L. (Comp.) La vejez. Una Mirada Gerontológica Actual. (95-125). Buenos Aires: Piados.
- Baltes, M.M., Wahl, H.W. y Schmid-Furstoss, U. (1990). *The Daily Life of Elderly Germans: Activity Patterns, Personal Control, and Functional Health*. Journal of Gerontology, 45 (4), 173-179.
- Baltes, M.M. (1998). *The psychology of the oldest-old : the fourth age*. Current Opinion in Psychiatry, 11(4), 411-415.
- Baltes, , P. B. (1977). *Strategies for psychological intervention in old age*. Gerontologist, 13, 4-6.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En: Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. (18-54). España: Desclée.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. United States of América: A. H. Freeman and Company.

Bandura, A. (1982). Aprendizaje correctivo. (A., Riviere, Trad.). En: Teoría del aprendizaje social. (100-109). España: Espasa-Calpe.

Bandura, A. (1993). *Perceived self.efficacy in cognitive development and functioning*. Educational Psychologist, 28 (2) 117-148.

Cabrera, J. (2001) Calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Campbell, A., Converse, Ph. E. & Rodgers, W. L. (1976). The Quality of Life. New York: Russell Sage Foundation.

Cerezo, S. (2001) La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Chamie, Joseph (2002): Population ageing 2002. Naciones Unidas.

Davis, C. y Fox, J. (1993): *Excessive exercise and weight preoccupation in women*. Addictive Behaviors, 18, 201-211.

Delgado C. (2001). *Conferencia dictada en el Diplomado de Bioética*. ICBP Victoria de Girón. En prensa.

Driver, B.L., Tinsley, H.E. y Manfredó, M.J. (1991). The Paragraphs about Leisure and Recreation Experience Preference Scales: Results from Two Inventories Designed to Assess the Breadth of the Perceived Psychological Benefits of Leisure. En B.L. Driver, P.J. Brown y G.L. Peterson (Eds.), Benefits of Leisure. (263-286). Pennsylvania: Venture Publishing.

Dulcey-Ruiz E, Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. (1999). En: Rocabruno JC. (Ed.) Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. (128-136). La Habana: Academia.

Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Alfonso AM, García DM *Calidad de Vida y situaciones de cambio*. EXPOJAVERIANA. Universidad Javeriana de Bogotá. Marzo 16 a 20 1998.

Dulcey-Ruiz E. (2000) *Envejecimiento, Calidad de Vida y violencia intrafamiliar* . Presentado en el 5o. Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Cartagena, Colombia.

Durán, R. (2002) Sociedad de la información, mayores y movilización política (33 párrafos). Revista electrónica de geriatría y gerontología, 4, (2). (En red). Disponible en: <http://www.geriatrianet.com/>.

Fuguet, J. y Caner, C. (1993) El anciano sano. En: Enfermería geriátrica. (35-43). Barcelona: Ediciones científicas y técnicas.

García, M.A., (2002). La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. Efdeportes.com Revista Digital. (En red). Efdeportes.com.

García, M., Rodríguez, C. y Toronjo, A. (2001) Atención al anciano. Aspectos a tener en cuenta. En: Enfermería del anciano. (18-20). Madrid: Difusión de avances de enfermería.

González U., Grau J., Amarillo M. A. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR (Ed.)

Bioética desde una perspectiva cubana. (279-859). La Habana: Centro "F. Varela".

González.Celis, A. N.(2003) Los Adultos mayores: un reto para la familia En: L.L. (Com.) Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. (127-139). México: Prax Cap.

González-Celis, A. N. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En: Garduño, L.; Salinas, B. y Rojas, M. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. (259-294). México: Plaza y Valdez.

González-Celis, A. N. (2004). *Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento.* Texto presentado en la II Reunión de Investigadores Nacionales en Psicología.

Grembowsky, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham. M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). *Self-Efficacy and Health behavior Among Older Adults.* Journal of Health and Social Behavior, 34 (June) 89-104.

Harper, A. & Power, M. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment.* Psychological Medicine, 28: 551-558.

Horgas, A., Hans-Ulrich, W. y Baltes, M. (1998) *Daily6 Life in Very Old Age: Everyday activities as expression of Successful Living.* The gerontologist, 38 (5) 556-568.

Kafetsios, K y Nezlek, J.B. (2002). *Attachment styles in everyday social interaction.* European Journal of Social Psychology, 32 (5), 719-735.

- Katschnig, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Dir.). Calidad de Vida en los Trastornos Mentales. (3-15). Barcelona: Masson.
- Lawton, M. (1983). *The varieties of welling*. Experimental aging research, 9 (2) 65-72.
- Leal Felipe, M., Leal Felipe, A., Darías Curvo, S. y Arroyo López, M.C. (2000). *Indicadores de calidad de vida en la vejez*. Archivi geriátrico, 3 (2), 46-51.
- Lehman, A. F. (2000). Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales. En: H. Katsching, H., Freeman & N. Sartorius (Dir.). Calidad de Vida en los Trastornos Mentales. (77-92). Barcelona: Masson.
- Lozano, A. (2000). Envejecimiento del ser humano. En: Introducción a la geriatría. (21-30). México: Méndez.
- Lukomski, A. (2000) Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema. En: Voladeras, M. , Escobar, J., Maldonado, C. E., Delgado, C. J., Castro, M. F., Pfizenmaier, W., Lukomski, A.; Pérez, M. A., Guzmán, M. P., Támara, L. M., Arteaga, I. D., Fonnegra-Jaramillo, I. y Gerlein, C. (Ed.) Colección Bios y Ethos: Bioética y Calidad de Vida. (153-161). Bogotá: Ediciones del Bosque.
- Mannell, R.C. y Kleiber, D. A. (1997). *A Social Psychology of Leisure*. State College: Venture Publishing.
- Mcneil, J. K., Leblanc, E. M. y Joyner, M. (1991): *The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly*. Psychology and Aging, 6(3), 487-488.

Menchón, J.M. (1997). La depresión en la edad tardía. Revista Electrónica en Línea Psiquiatría Biológica, 4(4). (En red). [http:// psychiatry. medscape. com.](http://psychiatry.medscape.com)

Mirowsky, J. (1995) *Age and the sense of control Social*. Psychology Quartely, 58 (1)31-43.

National Academy on an Aging Society. (2001). *What Are the Attitudes of Young Retirees and Older Workers?* (En red). Disponible en: www.agingociety.org, 5 (1).

Ory, M. y Cox, L. (1994). Forging ahead: linking health and behavior to improve quality of life in older people. En: Social Indicators research. (121-163). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Pérez, E. y Morales, J. (2000). Fisiología del envejecimiento. En: Rodríguez, R. Morales, J. Encinas, J. Trijillo, Z. y D'hyver, C. (Ed.) Geriatría. (32-36). México: Mc Graw Hill.

Puig, J. y Trilla, J. (1987). Concepto, historia y sociología del ocio. En: La pedagogía del ocio. (7-10). Barcelona: Laertes.

Quintanar, F. (2003) Envejecimiento común y exitoso. Revista electrónica de geriatría y gerontología, 3, (1). (En red). Disponible en: [http://:www. geriatricnet.com.](http://www.geriatricnet.com)

Quintanilla, M. (2000). Causas y consecuencias del envejecimiento. En. Enfermería geriátrica: Cuidados integrales en el anciano. (43-48). Barcelona: Monsa.

- Reich, J.W., Zautra, A.J. y Hill, J. (1987). *Activity, Event Transaction and Quality of Life in Older Adults*. Psychology and Aging, 2 (2), 116-124.
- Reyes, T., Triana, E., Matos, N. y Acosta, J. (2002). Salud de la tercera edad y calidad de vida. Revista electrónica de geriatría y gerontología, 4, (1). (En red). Disponible en: www.geriatricnet.com.
- Rowe, J. Y Kahn, R. (1987) *Human aging, usual and successful*. Science, 237, 143-149.
- Sánchez-Sosa, J. J. & González-Celis, R. A. L. (2004). Evaluación de la calidad de vida en psicología. En: Caballo, V. E. (Dir.). Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. (En Prensa).
- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2002). *La calidad de vida en ancianos*. En: Psicología y Salud [Folleto]. México, UNAM.
- Solís, Y., y Marín Llanes, R. (2001). *La tercera edad*. Interpsiquis, (2). (En red). Disponible en: www.Psiquiatría.com.
- Thompson, S. (1981). *A complex answer to a simple question: will it hurt less if I can control it?*. Psychological Bulletin, 90 (2), 293-304.
- Tinsley, H.E. y Tinsley, D.J. (1986). *A theory of the attributes, benefits causes of leisure experience*. Leisure Sciences, 8, 1-45.
- Torres, M. y Chaparro, A. I. (2003) Fisiología del envejecimiento. En: Guillén, F. y Pérez, J. (Ed.) Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico. (17-23). España: Masson.

Triana EA, Reyes T. Informática y Adulto Mayor. En: Triana EA, Sanabria R. (1999) *Informática y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio*. La Habana. Edición especial en CD-ROM. Editorial de Ciencias Médicas.

Ulla, S.; Espinoza, F.; Fernández, E.; Fernández, A. Y Prieto, S. (2003). Aspectos relacionados con el bienestar percibido en una residencia de mayores: Análisis descriptivo. Revista electrónica de geriatría y gerontología, 5(1), (En red). Disponible en: <http://www.geriatricnet.com/>.

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

Zarragoitia, A. (2003) La depresión en la tercera edad. Revista electrónica de geriatría y gerontología. 5, (2). (En red). Disponible en: <http://www.geriatricnet.com>.

Zimmer, Z., Hickey, T. y Searle, M.S. (1995). *Activity Participation and Well-Being Among Older People with Arthritis*. The Gerontologist, 35(4), 463-471.