



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

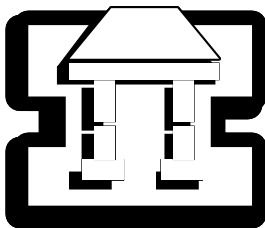
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**“LA CALIDAD DE VIDA Y LOS SENTIMIENTOS DE
SOLEDAD, EN ADULTOS MAYORES QUE
ASISTEN A UNA CLÍNICA DE SALUD”**

TESIS EMPÍRICA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARISOL GUADALUPE GARCÍA RUIZ

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

**SINODALES:
DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO
MTRA. MARGARITA CHÁVEZ BECERRA**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Cada uno de los momentos de esfuerzo en este tema durante todos estos años, principalmente éste trabajo se los dedico a mi Abuelito Alberto García.

Todos tenemos un principio, un camino que esta escrito, orientado en cada momento de nuestra vida para realizar determinadas metas, tenemos un destino y un fin común y aunque físicamente llegaste al tuyo, sigues estando presente

GRACIAS POR ACOMPAÑARME.

A mi Abuelita Felipa J., quisiera llegar a cumplir tantos años como ella y mantener las mismas ganas de vivir y seguir adelante.

A mi Abuelita María L., ojala tuviera la oportunidad de ser Adulta Mayor y sonreír con tanta felicidad como ella.

Existen infinidad de palabras que logran expresar diversos sentimientos, desde los más dulces como el amor, hasta los más hirientes como el desprecio. En este momento utilizaré sólo dos palabras para expresar mi profundo agradecimiento:

MIL GRACIAS.

La familia, es uno de los aspectos que son fundamentales para el desarrollo y bienestar de los seres humanos.

Durante el transcurso de mi vida, mis padres me han cuidado y apoyado en cada situación difícil, gracias por ayudarme a concretar este objetivo.

Principalmente a mi hermana Marcela por escucharme, ayudarme y motivarme para salir adelante.

A mi primo Enrique Guzmán por su tiempo y su disposición para ayudarme, mil gracias.

En la vida vamos construyendo experiencias que van dejando una huella en nuestros recuerdos y cada una de ellas va definida en función de las personas que vamos conociendo, quienes mediante sus consejos nos van guiando en el camino.

Por lo tanto, mi más sincero agradecimiento a mis Tutores:

A la Dra. Ana Luisa, que en todos estos años de conocerla no sólo fue una Tutora, sino un consuelo en los momentos de tristeza y frustración, un apoyo en las distintas dificultades académicas. Gracias por ser una persona importante en mi vida, por su paciencia, cariño, apoyo y comprensión.

A la Mtra. Margarita, porque más allá del aspecto académico me ayudo a levantarme de tantas caídas, mediante argumentos cálidos y objetivos que necesité en cada instante. Por su paciencia, tiempo y gran apoyo académico, mil gracias.

Al Dr. Edgardo, mil gracias por su tiempo y atención.

Dicen que la verdadera felicidad no consiste en tener muchos amigos, sino en saber elegirlos.
Cada uno de ellos nos muestra el rumbo y caminan con nosotros en distintos momentos, una parte del camino.

Mil gracias a mis Amigos del Proyecto, de los cuales aprendí mucho y compartí diversas experiencias, gracias por su apoyo, su tiempo, por permitirme conocerlos y ofrecerme incondicionalmente su amistad:
A Valeria Flores y a César Elizalde.

También a Rebeca Martínez y Marisol Torres, mil gracias por su tiempo, gran disposición para ayudarme y por su enorme apoyo.

A Karina Reyes por ser mi gran Amiga desde hace varios años, por apoyarme, orientarme y escucharme en las situaciones difíciles, la quiero muchísimo.

A Nizeth Quiroz, Omar Collazo y Adán Hernández por preocuparse por mi trabajo y motivarme para ser mejor persona cada día, los quiero muchísimo.

A Eduardo Barraza mil gracias por el tiempo, el apoyo y la compañía.

Y por último, a todas aquellas personas que entre luz y sombra aportaron un granito de ayuda para la realización de este trabajo, principalmente a Alejandro Noguera y a todos los que apoyaron y participaron amablemente en las aplicaciones en la Clínica, de verdad Mil Gracias.

*"LAS COSAS VERDADERAMENTE IMPORTANTES...
NO SE REALIZAN CON FUERZA,
VELOCIDAD Y ACELERACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS DEL CUERPO,
SINO
CON REFLEXIÓN, AUTORIDAD Y JUICIO...
Y DE ESAS CUALIDADES
NO SE CARECE EN LA VEJEZ....
SINO QUE LAS AUMENTA."*

Cicerón.

Atte.: Marisol

ÍNDICE

	Página
Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO I. LA VEJEZ	7
1.1 Estadísticas en México	10
1.2 Características del Envejecimiento	13
1.2.1 La vista	15
1.2.2 El oído	17
1.2.3 El gusto y el olfato	18
1.2.4 Rendimiento Motor	19
1.3 Teorías acerca del Envejecimiento	24
1.3.1 Teorías psicológicas y sociales	24
1.3.2 Teorías biológicas	28
1.4 Envejecimiento Exitoso y Patológico	31
1.5 Apoyo Social	40
1.6 Viudez	45
1.7 Jubilación	47
1.8 Actividades de la Vida Diaria	53
CAPÍTULO II. CALIDAD DE VIDA	57
2.1 Antecedentes	62
2.2 Paradigmas	65
2.2.1 Económico	65
2.2.2 Ambientalistas	65
2.2.3 De las necesidades básicas	66
2.2.4 De salud	66

2.2.5 Psicosociales	67
2.2.6 Filosóficos	67
2.3 Evaluación y Medición de la Calidad de Vida	68
2.4 Calidad de Vida y Salud	73
2.5 Calidad de Vida y Vejez	76
CAPÍTULO III. SOLEDAD	84
3.1 Antecedentes	84
3.2 Diferencia entre aislamiento y soledad	87
3.3 Definición	88
3.4 Generalidades	92
3.4.1 Tipos	92
3.4.2 Tiempo	94
3.4.3 Causas	95
3.5 La Soledad y su Relación con Otras Variables	97
3.5.1 Género	97
3.5.2 Edad	98
3.5.3 Personalidad	100
3.5.4 Conductuales	101
3.5.5 Contextuales	102
3.6 Soledad en la Vejez	102
3.6.1 Razones por las que viven solos	105
3.6.2 Estado civil y soledad	107
3.6.3 La soledad en determinados momentos de la vejez: jubilación y viudez	108
3.6.3.1 Jubilación	109
3.6.3.2 Viudez	111
3.7 Afrontamiento	115
3.7.1 Afrontamiento en cuestiones de jubilación	122
3.7.2 Afrontamiento relacionado a la viudez	123

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	126
4.1 Planteamiento del Problema	126
4.1.1 Pregunta de investigación	126
4.1.2 Objetivo general	126
4.1.3 Objetivos específicos	126
4.1.4 Justificación	126
4.1.5 Hipótesis de investigación	129
4.2 Metodología de la investigación	129
4.2.1 Tipo de estudio, tamaño y diseño muestral	129
4.2.2 Participantes	129
4.2.3 Criterios de inclusión	130
4.2.4 Criterios de exclusión	130
4.2.5 Materiales	130
4.2.6 Instrumentos de medición	131
4.2.7 Escenario	131
4.2.8 Definición de variables	132
4.2.9 Procedimiento	132
4.2.10 Análisis de resultados	133
4.2.10.1 Análisis de Calidad de Vida y Soledad, relación con las variables sociodemográficas (edad, sexo, con quién vive, nivel máximo de estudios, actividad principal, presencia ó ausencia de enfermedad y problemas/preocupaciones).	138
4.2.10.2 Análisis relacionado al Instrumento de Soledad.	143
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	145
Referencias	157
Anexos	162

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Porcentajes del estado civil	134
Figura 2. Porcentajes correspondientes a con quién vive	134
Figura 3. Porcentajes del nivel máximo de estudios	135
Figura 4. Porcentajes de las actividades principales	135
Figura 5. Porcentajes de la incidencia de enfermedad	136
Figura 6. Porcentajes del tipo de enfermedad	136
Figura 7. Porcentajes del ingreso económico	137
Figura 8. Porcentajes de las actividades de tiempo libre	137
Figura 9. Porcentajes correspondientes a problemas o preocupaciones	138

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Número de personas clasificadas por edad y sus niveles de percepción de calidad de vida.	139
Tabla 2. Correlaciones entre los dominios de calidad de vida y soledad.	139
Tabla 3. Número de adultos mayores agrupados por sexo y su apreciación de calidad de vida.	140
Tabla 4. Frecuencia del nivel de calidad de vida y personas con quien habita.	140
Tabla 5. Número de adultos mayores por nivel de estudios y su apreciación de calidad de vida.	141
Tabla 6. Frecuencia de adultos mayores y calidad de vida, así como la actividad principal que realizan.	141
Tabla 7. Frecuencia de personas, la relación entre calidad de vida y enfermedad.	142
Tabla 8. Número de personas y el tipo de problemas/preocupaciones, en relación con la calidad de vida.	142
Tabla 9. Frecuencia de adultos mayores clasificados por edad y niveles de soledad.	143
Tabla 10. Número de adultos mayores agrupados por sexo y su apreciación de soledad.	143
Tabla 11. Relaciones entre los dominios de soledad y calidad de vida.	144

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo No. 1 Posibles recursos para ayudar a los Adultos Mayores en las áreas sensorial y motor.	163
Anexo No.2 Características de las enfermedades de mayor incidencia en los adultos mayores.	165
Anexo No. 3 Ficha de datos sociodemográficos.	167
Anexo No. 4 Instrumento para medir calidad de vida WHOQoL-Breve.	169
Anexo No. 5 Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL).	172
Anexo No. 6 Carta de consentimiento informado	173
Anexo No. 7 Tríptico.	174
Anexo No. 8 Recomendaciones y Directorio de atención psicológica.	176
Anexo No. 9 Tarjetas de respuesta.	178

RESUMEN

El objetivo principal de la investigación fue determinar si los Sentimientos de Soledad interfieren en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores adscritos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, así como realizar comparaciones entre la Calidad de Vida y algunas variables sociodemográficas (edad, género, con quien vive, actividad principal, presencia o ausencia de enfermedad). Los participantes fueron 215 Adultos Mayores voluntarios, el 61% correspondió al género femenino y el 39% al masculino a quienes se les aplicó mediante una entrevista, una ficha de datos sociodemográficos, el Instrumento WHOQoL-Breve y el Inventario Multifacético de Soledad. Los resultados indican que al correlacionar dichas variables la relación encontrada fue inversa, moderada y significativa ($r = -0.58$; $p = .00$); respecto a las variables sociodemográficas, obtuvieron un nivel de Calidad de Vida Moderado, excepto la variable actividad principal que fue Alto. Por lo tanto, se comprueba dicha incidencia ya que la Soledad se relaciona con los cuatro dominios de la Calidad de Vida: salud física y psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

INTRODUCCIÓN

En el pasado, la Vejez constituía una pequeña parte del ciclo de vida de los seres humanos debido a que necesitaban llevar a cabo una larga lista de acciones para sobrevivir, por ejemplo: cuidarse de los cambios climáticos, escapar de los depredadores, entre otros. No obstante, cuando el individuo enfrentaba con fortaleza cada dificultad, se hacía acreedor al respeto y admiración de los demás. Sin embargo, en la actualidad la percepción acerca de los Adultos Mayores es diferente ya que predominan los estereotipos y las generalizaciones. Por lo tanto, es una imagen negativa que se caracteriza por soledad, aislamiento y dependencia que los conduce a necesitar ayuda constantemente. En este sentido, el *Capítulo I* aborda el tema de *la Vejez* mismo que resulta importante en nuestros días, porque en los últimos años los avances médicos y tecnológicos han aumentado progresivamente la esperanza de vida, lo que ha disminuido la mortalidad en diferentes sectores poblacionales. El tema inicial, es la definición del concepto así como las estadísticas en México, en donde se presenta la descripción de algunos de los datos más relevantes proporcionados por el INEGI, seguido por las características que presenta un individuo cuando envejece a nivel físico entre las que destacan: las arrugas en la piel, la pigmentación del color del cabello, la forma en la que camina así como la pérdida gradual del sentido auditivo y visual, principalmente porque éstos son los que envejecen con mayor rapidez. Además existen otros cambios importantes que se manifiestan en las áreas sensorial, motor y en los diferentes sistemas del organismo. De tal forma, todos los temas que son abordados en la Ciencia necesitan apoyarse en teorías que engloben supuestos básicos que son fundamentales para entender diversos fenómenos, en el caso de la Vejez se describen algunas teorías desde la perspectiva Psicológica y Social; así mismo, son tomadas en cuenta las dos teorías biológicas más destacadas como son: a) la teoría del daño aleatorio sobre el envejecimiento y b) las teorías del envejecimiento programado. Por otro lado, el estilo de vida determina el modo de envejecer, es decir, de forma exitosa o

patológica y ésta última se refiere a los deterioros relacionados con la edad, vinculados con factores externos por ejemplo: enfermedades, influencias ambientales y comportamientos. Para lograr un envejecimiento exitoso se necesita utilizar una estrategia general con la que se seleccionen y se realicen actividades alternativas para compensar las pérdidas que trae consigo el proceso de envejecimiento. En términos generales, a lo largo de la vida ocurren una serie de sucesos que pueden afectar el bienestar psicológico, pero cuando se cuenta con un adecuado sistema de apoyo social ayuda a que las consecuencias sean menos negativas, por el contrario si se carece de éste el evento resulta muy perjudicial, de allí la importancia del Apoyo Social principalmente en la Vejez. Es importante señalar, que existen dos acontecimientos que determinan en gran parte la adaptación a la última etapa de la vida y estos son la Viudez y la Jubilación. En la primera, se pone de manifiesto que las mujeres tienen una alta probabilidad de convertirse en viudas. En este sentido, con frecuencia se define como duelo o proceso de duelo a todo el conjunto de reacciones normales que se ponen en marcha cuando el individuo se enfrenta a una situación de pérdida por la muerte de un ser querido y factores como el estado de salud, las circunstancias de la muerte, entre otros, determinan su evolución; los medios más utilizados para afrontar dicho evento son: hablar sobre la pérdida, llorar, etc. Por su parte, la Jubilación se lleva a cabo porque al envejecer los deterioros a nivel físico y cognoscitivo repercuten en la capacidad así como en la rapidez de respuesta ante las exigencias del trabajo, lo que origina una disminución en los niveles de productividad y en muchos casos el incremento en los riesgos laborales. De esta forma, el retiro laboral implica que el individuo se adapte a una serie de cambios porque pierde un papel importante para el desarrollo de una sociedad, lo que traerá como consecuencia inicial que su vida carezca de un propósito específico ya que cuando desempeñaba un empleo se sentía productivo; dentro de los aspectos positivos del periodo destacan la reducción de los niveles de estrés. Cabe destacar, que una preparación realista ayuda a que la persona se adapte con mayor facilidad, al igual que elaborar una estrategia general en sus intereses y necesidades, con lo que logrará una vida satisfactoria. Para finalizar, el capítulo

señala que cotidianamente los Adultos Mayores requieren de una serie de habilidades que les permitan cuidarse y enfrentarse a las demandas del entorno, ambos factores son determinantes para la salud y el bienestar. Cuando se toman en cuenta los aspectos funcionales en los que se desenvuelven, el más relevante estaría constituido por el número de actividades que logran realizar en la vida cotidiana. En este sentido, las actividades de la vida diaria se clasifican en básicas (comer por si solo, bañarse, vestirse, etc.) e instrumentales (cocinar, manejar dinero, realizar compras, ente otras). De esta forma, los programas de intervención tienen como objetivo optimizar los repertorios conductuales existentes en el individuo.

Desde la antigüedad, cada una de las sociedades se han preocupado por mejorar la *Calidad de Vida* a través de diversas acciones, orientadas a reformar las condiciones de salud y cubrir las necesidades básicas como la alimentación, vestido, entre otras. Pero a pesar del tiempo y de la importancia, el estudio, la definición del concepto y la evaluación científica son relativamente recientes, por lo que en la actualidad existe un progresivo consenso entre un gran número de investigadores para definir los aspectos mencionados. De esta forma, el *Capítulo II* describe diversos temas relacionados al concepto, por ejemplo los paradigmas (construidos para sociedades y momentos definidos), así como la evaluación, en donde se debe tomar en cuenta que es un concepto multidimensional que incluye diversas variables como el estilo de vida, la vivienda, situación económica, etc., lo que conduce a conceptualizarla de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían en cada individuo, grupo o lugar. En lo que respecta a la medición, el origen de los instrumentos para medirla se ubica en la investigación clásica sociológica y se elaboraron con indicadores como el trabajo, la vida familiar y el bienestar; las aplicaciones se han hecho a individuos sanos y enfermos, orientándose principalmente en sus aspiraciones al igual que en sus metas. Por otra parte, las expectativas de salud y la habilidad para afrontar las limitaciones por ejemplo la discapacidad que trae consigo una enfermedad, pueden afectar considerablemente la Calidad de Vida. En términos generales, la Calidad de Vida

relacionada a la Salud se refiere al impacto de la salud percibida en la capacidad de la persona para llevar a cabo una vida satisfactoria. Es importante señalar, que un alto nivel de autonomía en la vida cotidiana proporcionará una percepción de salud mas positiva y es un elemento favorable para el envejecimiento exitoso. Por último, para evaluar la Calidad de Vida en el Adulto Mayor se necesita comprender que el envejecimiento es un proceso que presenta como característica principal la manifestación de una compleja secuencia de cambios a nivel psicológico, biológico y social. De tal forma, la Vejez y la Calidad de Vida dependen de las características genéticas, de los hábitos de vida, de las variables ambientales, del entorno físico y social, así como de los factores psicológicos e individuales.

La vida de cada uno de los seres humanos se organiza y se construye en función de las relaciones sociales que van construyendo a lo largo de su vida, mismas en las que se comparten infinidad de experiencias que ayudan a resolver las diversas dificultades a las que se van enfrentando día con día. Sin embargo, cuando aparecen los sentimientos de soledad traen como consecuencia que la percepción de las relaciones cambie, debido a que la *Soledad* se define como una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente. Por lo tanto, *el Capítulo III* va orientado a dar a conocer un panorama general del concepto, mismo que surge en el siglo XIII (año 1213) vinculado a la situación de una persona que se encuentra sola de manera momentánea ó en un periodo de tiempo largo, se asocia al aislamiento, al estado de abandono y a la separación. Cabe destacar, que para abordar su estudio es necesario distinguirla del aislamiento el cual manifiesta la intensidad de las relaciones objetivas existentes en el ámbito de los contactos sociales, mientras que la Soledad es el reflejo de la percepción individual subjetiva de las deficiencias cuantitativas en la red de relaciones sociales, es decir, no tener suficientes relaciones intimas con otros. Dentro de las generalidades se encuentran los tipos de Soledad mencionados por diversos autores, la perspectiva temporal y las principales causas. Así mismo, se describe su relación con diversas variables

como: género, edad, personalidad, conductuales y contextuales. El tema se relaciona con la Vejez ya que la imagen del Adulto Mayor se caracteriza por afirmaciones relativas a su aislamiento y Soledad; no obstante cuando llega a presentar un episodio de Soledad, se debe al empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales. Por su parte, la experiencia de residir en solitario se relaciona principalmente con: el abandono del hogar por parte de los hijos ó el fallecimiento del cónyuge. Además es fundamental tomar en cuenta que cuando el Adulto Mayor se enfrenta a la desvinculación laboral experimenta sentimientos de soledad que son muy distintos a los que percibe en la viudez. En el primer caso, en determinadas profesiones se fomentan las relaciones sociales entre los compañeros de trabajo, por lo que al retirarse es muy probable que sienta soledad, ya que el ámbito doméstico difiere del laboral. En el segundo, se distinguen intensos sentimientos negativos dentro de los que destacan la Soledad, situación que viven sin importar el apoyo que estén recibiendo por parte de los familiares, del vecindario y de las amistades próximas. Por otra parte, cuando un individuo reconoce que vive un episodio de soledad, es el primer paso para afrontarlo debido a que por el temor al estigma social, es decir, que lo consideren fracasado lo conduce a que niegue su verdadera condición. En el caso particular de los Adultos Mayores recursos como: un óptimo nivel de salud, la familia, la relación con los vecinos, entre otros, los ayuda a combatir dichos episodios.

El *Capítulo IV*, aborda cada uno de los aspectos del planteamiento del problema como son: pregunta de investigación, objetivo general y específicos, justificación e hipótesis de investigación; así como la metodología de la investigación que muestra: el tipo de estudio, el tamaño y diseño muestral, los participantes, el procedimiento, el análisis de resultados, entre otros.

Por último, el *Capítulo V* describe la discusión en relación a los resultados y el marco teórico, así como las conclusiones a las que llegó con el trabajo de investigación.

Es importante tomar en consideración que esta Tesis Empírica fue parcialmente apoyada por PAPIIT en el proyecto

No. IN304706-2, PAPCA-2007 No. 63 y PFAMU PI300306.

CAPÍTULO I

LA VEJEZ

Cuando se realiza un recorrido histórico a través de las civilizaciones da como resultado la comprensión del presente, mismo en el que los individuos se han ocupado por descifrar algunos acontecimientos que ocurren inevitablemente, entre éstos se encuentra el ENVEJECIMIENTO. Existe evidencia arqueológica de que en la prehistoria las personas no llegaban a edades avanzadas (Ham C., 2003) debido a la larga lista de acciones que tenían que realizar para sobrevivir, por ejemplo cuidarse de los cambios climáticos, buscar condiciones adecuadas de alimentación, escaparse de los depredadores, entre otros. No obstante, si algún individuo sobrevivía ante tales condiciones, las personas a su alrededor lo admiraban y lo respetaban porque se le consideraba como un individuo fuerte, inteligente y apto.

Esta percepción acerca de las personas envejecidas, continuó hasta las civilizaciones antiguas como las de Grecia y Roma, en las cuales el Adulto Mayor representó también un papel muy importante. Se le atribuía aprecio, respeto y poder, además su opinión era tomada en cuenta como venida de un consejero sabio y se utilizaba para dar solución a los problemas difíciles (Rage A., 1997).

En México, la estructura y la forma de organización de las culturas como la azteca propiciaron y fomentaron la aceptación y respeto hacia el Adulto Mayor (Groues M., 1997). Entre los aztecas el individuo de edad avanzada o “huehuetque”, después de haber sobrevivido a guerras y enfermedades, propiciaba en la sociedad gran aceptación, siendo su presencia de suma importancia en las ceremonias familiares, religiosas y políticas; lo mismo sucedía con las Adultas Mayores ó “cihuatlante”.

En la actualidad la percepción que se le atribuye es diferente, ya que se caracteriza por soledad, aislamiento y dependencia que origina la necesidad de ayuda constante. Así mismo, se considera que cuando los individuos llegan a la Vejez, necesariamente se enfrentan con la pérdida casi parcial de las capacidades (ej. motora y cognitiva), trayendo como consecuencia que su vida cotidiana se modifique con el paso de los años. En síntesis, es una imagen negativa en la que predominan los estereotipos y las generalizaciones (Lehr U., 2003). De tal forma, las sociedades estipulan determinadas formas de conducta que frecuentemente no se ajustan a la realidad, ya que la mayoría no están fundamentadas en los deterioros que presentan en la salud, sino que se inspiran por ideas tradicionales. Autores como Palmore (1998, citado en Lehr U., 2003) afirman que así como el racismo y los prejuicios contra las mujeres han perdido terreno en la sociedad, en el futuro ocurrirá lo mismo con la valoración negativa a la última etapa de la vida.

Como se mencionaba al inicio, en el pasado la Vejez constituía una pequeña parte de la vida que solo algunos, mediante el empleo de sus competencias alcanzaban. No obstante, en el presente la mayoría de los individuos pueden llegar a dicha etapa, debido a que en los últimos años los avances médicos y tecnológicos han aumentado progresivamente la esperanza de vida, lo que ha disminuido la mortalidad en diferentes sectores poblacionales.

En términos generales, cuando se habla del Envejecimiento se define como un fenómeno que forma parte del ciclo vital de todo ser humano, es decir, es la etapa final del proceso de desarrollo individual en la que se siguen manifestando cambios a nivel biológico, físico, psicológico y social, los cuales se presentan a partir de los sesenta o sesenta y cinco años de edad (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez & Dolores, 1999). Por lo general, en una misma persona sus edades y grados de envejecimiento respecto a los años cumplidos, el desarrollo biológico, el medio social y las variables psicológicas no coinciden totalmente entre sí, manteniendo algunas diferencias (Ham C., 2003). De esta forma, es un proceso complejo que se determina por el incremento en el riesgo de perder la

autonomía y ser dependiente de la familia al igual que de la sociedad, debido principalmente a la disminución de la salud y la presencia de incapacidades físicas y/o cognitivas. A partir de estas premisas, se define tal y como señala Handeler (1960, citado en Fierro A., 1994) en *“el deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo esencialmente irreversibles e intrínsecos a todos los miembros de la especie”* P. 4 y su estudio se encuentra determinado por la Gerontología (del griego geron=anciano), ciencia que se encarga del envejecimiento de los individuos (Gonzalo S., 2002) en la cual participan disciplinas como: Biología, Neurología, Sociología y Psicología, por lo tanto es necesario abordarlo desde una perspectiva multidisciplinar; cada una tiene por objetos de estudio los diferentes aspectos y procesos que se llevan a cabo durante esta etapa, mediante el uso de sus respectivas metodologías (Fierro A., 1994).

En lo que respecta a la Psicología su contribución es fundamental, debido a que al envejecer ocurren cambios universales a nivel de percepción, memoria y en el procesamiento de la información, además aborda los diversos cambios en el comportamiento. De esta forma, la Psicología del envejecimiento se define como el estudio científico de la conducta manifestada durante esta etapa. Su enfoque va orientado a aspectos cognoscitivos, emocionales y al comportamiento que las personas presentan en su entorno (Belsky J., 2001). En este aspecto, González-Celis (2005) menciona que tiene como objetivo *“optimizar el proceso adaptativo con la ayuda de intervenciones sobre las necesidades de los Adultos Mayores, así como su entorno familiar y social”* P. 262. Cuando un individuo envejece requiere de una adaptación en áreas como la intelectual, la social y la afectivo-emocional y el grado en el que se lleve a cabo, depende de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas (Velasco C. y Sinibaldi G., 2001). La función del Psicólogo se encuentra orientada a actividades como: aplicación e interpretación de pruebas psicométricas, el diseño de programas de intervención en los que utiliza estrategias como solución de problemas, asertividad, juego de roles, establecimiento de comportamientos instrumentales, psicoeducación,

modelamiento, re-estructuración cognitiva, entre otras; así como la rehabilitación y el manejo del Adulto Mayor a nivel individual y grupal (Galinsky D., 1994).

Por su parte, Robert Havighurst (1972, citado en Warner S. y Willis S., 2003) uno de los pioneros de la Gerontología formuló seis tareas principales a las que se adaptan los individuos al llegar a esta etapa. A continuación se presentan:

- ⌚ Adaptarse a la disminución de la fuerza física.
- ⌚ Adaptarse a la jubilación y a la reducción de ingresos.
- ⌚ Adaptarse a la muerte del cónyuge.
- ⌚ Unirse a una asociación que sea explícitamente de un grupo de la misma edad.
- ⌚ Adoptar y adaptarse a los papeles sociales de forma flexible.
- ⌚ Encontrar un lugar para vivir que sea satisfactorio.

Es importante señalar, que aunque algunos Adultos Mayores no llevan a cabo cada una de las tareas mencionadas, debido a la falta de recursos económicos y a las condiciones sociales o de salud, se toman en cuenta porque con ellas se mejorarían muchos aspectos de la vida de éstos individuos.

1.1 Estadísticas en México.

México como país en desarrollo, no escapa al envejecimiento de la población a nivel mundial. En este sentido, Ham C. (2003) indica que los problemas fundamentales que impone en nuestro país se refieren a:

- ✘ La insuficiencia financiera y actuarialmente deficitaria de la seguridad social en los sistemas de retiro y pensiones.
- ✘ El desplazamiento hacia edades mayores en la composición de la fuerza de trabajo y su repercusión en los mercados laborales ante la globalización económica; la transformación y tecnificación de los métodos de trabajo, así como los cambios en los modelos de desarrollo.

Ante estas situaciones, a pesar de la amplia experiencia que tienen en el tema no se trata de imitar las estrategias que utilizaron los países en los que existe un gran número de Adultos Mayores en el momento que presentaron problemas, sino de promover en el país la investigación que genere la aplicación de una metodología eficaz para la intervención oportuna en la población mencionada. Cabe destacar, que existe mucha información sin embargo no es suficiente; en este aspecto diversas disciplinas han estudiado al envejecimiento desde una perspectiva patológica, por su parte otras lo han definido como un proceso que puede manifestarse de forma exitosa.

En nuestro país, gran parte de la variabilidad en los grados de Vejez se explican mediante la gran diversidad a nivel de recursos económicos que presentan muchas sociedades que lo componen (Ham C., 2003). En sentido, el proceso que va a exhibir una Adulta Mayor que vive en el campo: expuesta a los riesgos del medio rural, contando con escasa o nula escolaridad, aunado a los numerosos miembros que integran su familia; es completamente diferente al de una mujer que vive en la ciudad: asistió a la Universidad y ha logrado un desarrollo a nivel personal y profesional, planificó su descendencia en cuanto a tiempo y el número de los integrantes. De esta forma, en el último caso se espera que sea óptimo.

Particularmente los países en desarrollo presentan diferencias en el inicio, desarrollo, al igual que en las consecuencias del envejecimiento de su población y se reflejan en distintas condiciones como son: la biológica, socioeconómica y psicológica.

En términos generales las estadísticas que proyecta el país, tomando en cuenta los datos proporcionados por el INEGI (2007) son las siguientes:

- ✘ *Edad y Sexo*: En 1970 la población masculina entre *60-64 años* estaba constituida por un 0.9% y la del género femenino era de 1%, así mismo la de *85 años o más* se encontraba conformada de la siguiente forma,

hombres por un 0.1% y para las mujeres de 0.2%. En contraparte, en el año 2005 la población entre *60-64 años* se conformó por 1.2% para los hombres y 1.4% para las mujeres y en la de *85 y más* el género masculino correspondía a 0.2% y el femenino a 0.3%. En el año 2005, los Adultos Mayores sumaron 8.3 millones, lo que equivale a 8.3% de la población total. México es todavía un país de jóvenes; sin embargo se ha iniciado un proceso de envejecimiento poblacional que se manifiesta en el aumento de la proporción de personas de *60 años y más*.

- ✘ *Los estados de la República Mexicana con mayor índice de población Adulta Mayor* son: Distrito Federal con 10.2%, Zacatecas y Oaxaca con 9.9%, Nayarit con 9.7%, Veracruz y Michoacán con 9.6%. En contraste, estados como Quintana Roo (4.4%), Baja California (6.3%) y Baja California Sur (6.4%) presentaron menores porcentajes de esta población.
- ✘ *Causa de mortalidad en Adultos Mayores*: En todo el país la mayoría de las muertes de la población de edad avanzada (sin distinción de sexo) se producen por enfermedades crónicas y degenerativas, entre las que destacan las enfermedades del corazón. De tal forma, entre los hombres de *60 años o más*, los tumores malignos (14.4%) y la diabetes mellitus (14.2%) son la segunda y tercera causas de muerte. En las mujeres se presentan las mismas condiciones pero en orden inverso es decir, 18.6% diabetes mellitus y 12.7% a tumores malignos.
- ✘ *Escolaridad*: La tasa de analfabetismo se incrementa considerablemente en los individuos de más de 60 años. Para los que tienen edades entre los *60-74 años* el 20.2% de los hombres y el 29.9% de las mujeres no dominan la habilidad de lecto-escritura. En este aspecto, el grupo de *75 y más*, 31.4% para la población masculina y 41.4% de la femenina se encuentran en dicha situación.
- ✘ *Esperanza de vida*: Se refiere al número de años que en promedio se espera que viva un (a) recién nacido, tomando en cuenta que a lo largo de su vida estará expuesto (a) al riesgo de muerte observado para la población en conjunto y en un periodo determinado. En este sentido, en el año 2006

para los hombres alcanzó los 71.8 años y la de las mujeres llegó a los 77.2 años.

Para cada individuo se espera que los ciclos y la historia de vida sean parte de un proceso continuo delineado por la edad, que se inicia con el nacimiento continúan en la infancia y adolescencia, transita por la madurez de la vida adulta, llega a la Vejez y termina en la muerte. Entre los aspectos más relevantes para el estudio de la última etapa de la vida destacan los siguientes: cambios a nivel físico por ejemplo en las áreas sensorial y motor; teorías desde la perspectiva psicológica, social y biológica, además el envejecimiento se lleva a cabo mediante dos niveles como son el exitoso ó el patológico por lo que su desarrollo depende de diversos factores. Así mismo, los Adultos Mayores necesitan del apoyo social y se enfrentan a acontecimientos como la viudez y la jubilación, además requieren de cierto esfuerzo para realizar las actividades de la vida diaria. De esta forma, cada uno de los temas mencionados, se describen en las siguientes páginas:

1.2 Características del Envejecimiento.

La última etapa de la vida trae consigo una serie de cambios, los cuales se van manifestando en diversas áreas del organismo de los Adultos Mayores. Entre los primeros signos se pueden tomar en cuenta: las arrugas en la piel, la pigmentación del color del cabello, la forma en la que el individuo camina y la pérdida del sentido auditivo y visual ya que éstos son los que envejecen con mayor rapidez (Rage A., 1997).

En términos generales, a continuación se presenta una lista de las características más relevantes (Menchón J., 1997; Ham C., 2003 y Hansen L., 2003):

Físicas y biológicas:

- ❖ Arrugas y resequedad en la piel.
- ❖ Canas ó pérdida del cabello.

- ❖ Pérdida de la memoria reciente.
- ❖ Reducción en la velocidad de desempeño.

Familiares:

- ❖ Llegada del primer nieto ó nacimiento del bisnieto.
- ❖ Muerte del último padre.
- ❖ Viudez.

Sociales y económicas:

- ❖ Suspensión de papeles sociales ó familiares.
- ❖ Retiro del trabajo.
- ❖ Pérdida del estatus laboral y económico.
- ❖ Mayor aislamiento social.

De salud:

- ❖ Enfermedades crónicas y/o neurodegenerativas.
- ❖ Mayor frecuencia de enfermedades físicas.
- ❖ Incapacidades físicas y/o cognitivas.
- ❖ Reducción de la capacidad para responder de forma eficaz a estresores externos.
- ❖ Restricción del movimiento.
- ❖ Confinamiento: casa, cama, silla de ruedas.
- ❖ Problemas para regular los niveles de temperatura y azúcar en la sangre.

Por su parte, los procesos sensoriales permiten que el individuo se encuentre al pendiente del entorno externo e interactúe con el (Hansen L., 2003). Sin embargo, la capacidad sensorial va modificándose a lo largo de la vida.

De esta forma, la disminución en las funciones de los órganos sensoriales reduce la capacidad del individuo para mantenerse en contacto con lo que sucede alrededor, lo que trae como consecuencia que su vida se vuelva dependiente, además afecta otras dimensiones como son: la comunicación, las relaciones sociales, la salud, la alimentación y la seguridad. Así mismo, la disminución generalizada en la velocidad del procesamiento de información puede tener mayor

impacto en las pérdidas sensoriales, demorando por ejemplo los periodos de respuesta a las señales auditivas y visuales.

Por lo tanto, cuando un Adulto Mayor presenta limitaciones graves en el funcionamiento sensorial y motor, origina que pierda la capacidad para desenvolverse activamente en la sociedad. En conclusión, las pérdidas sensoriales y motrices se encuentran entre las principales preocupaciones al llegar a la Vejez.

1.2.1 La vista:

El principal problema de visión que se agrava con el envejecimiento es la agudeza visual que se refiere a la capacidad para ver con claridad a las distancias que mide el cartel que ocupa un oculista en la revisión, desafortunadamente no se puede corregir mediante el uso de lentes y afecta la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana. Otra dificultad muy común es la presbiopía que se refiere a la incapacidad de ver los objetos a una distancia cercana lo que origina que los Adultos Mayores presenten problemas en las siguientes condiciones: para ver en ambientes con poca luz, distinguir colores concretos (principalmente azul y verde), molestias cuando la luz es directa (deslumbramiento) y como su campo de visión es más estrecho, les resulta problemático seguir a los objetos en movimiento (Belsky J., 1996).

Es importante señalar, que la reducción en la cantidad de luz que llega a la retina tiene por efecto disminuir la sensibilidad al contraste, lo que significa que es más difícil que detecten y discriminen entre la luz y la oscuridad, por ejemplo tal vez pasen por alto una sombra que indica un descenso en la banqueta, además la percepción de profundidad puede deteriorarse, lo que aumenta el riesgo de caídas.

La visión del color inclusive sin la presencia de presbiopía, también presenta deterioros. Con el paso del tiempo, el cristalino se torna ligeramente de color amarillo lo que trae como consecuencia cierta dificultad para identificar los colores azul, verde y violeta; en contraparte los que muestran menor problema son: el rojo, el anaranjado y el amarillo. Al llegar a los 70 años, la rigidez es la característica principal de la córnea, lo que desarrolla una banda gris que puede reducir el campo visual, limitando la capacidad para ver por el extremo del ojo.

En términos generales, las principales situaciones que producen ceguera en los Adultos Mayores son las siguientes (Belsky J., 1996):

- ⊕ Glaucoma: Enfermedad que se caracteriza por el aumento de la presión del ojo lo que origina un daño permanentemente en los receptores de la retina. En la mayoría de los casos no exhibe síntomas iniciales.
- ⊕ Degeneración muscular senil: Se propicia cuando las neuronas de la parte central de la retina dejan de funcionar con eficacia. Entre los síntomas más comunes se encuentran, la visión borrosa e inclusive la pérdida de la misma.
- ⊕ Retinopatía diabética: Es una complicación a largo plazo de la diabetes. Se desarrolla cuando los vasos sanguíneos que nutren a la retina pierden fluido y se agrandan, por lo tanto invaden al ojo hasta que se revientan, provocando la pérdida grave de la visión.
- ⊕ Desprendimiento de la retina: Ocurre cuando las zonas interior y exterior de la misma se separan.

Durante el transcurso de la vida, se van perdiendo neuronas en el nervio óptico y en la corteza visual, por lo tanto esta atrofia neuronal explica porque los problemas de visión se aceleran en la Vejez y los Adultos Mayores interpretan y procesan la información visual más despacio.

Para finalizar, el efecto de la pérdida de la visión en la Calidad de Vida y la capacidad para realizar funciones cotidianas como leer, identificar rostros, manejar un automóvil, conservar un trabajo, salir a la calle solo, entre otros, obstaculizan al individuo vivir de forma independiente (para mayor información acerca de algún tipo de ayuda que pueda emplearse para aminorar las pérdidas en esta área, consultar el Anexo No.1).

1.2.2 El oído:

Según las estadísticas, las personas mayores de 65 años tienen mayor probabilidad de presentar algún problema relacionado con el oído, ya que durante el transcurso de su vida se expusieron a condiciones como las siguientes: la contaminación por ruido (por ejemplo el que trae consigo vivir en la ciudad) ó incluso por desempeñar un trabajo en el cual existan altos niveles. En este sentido, Pirkl (1995, citado en Belsky J., 2001) asegura que existen diferencias en cuanto a género: los hombres tienden a perder el sentido auditivo antes que las mujeres y son más propensos a desarrollar dificultades naturales a una edad más temprana.

La pérdida más común relacionada con la edad se le llama presbiacusia, las personas que la padecen tienen una especial dificultad para distinguir los tonos agudos (ej. la voz de los niños) y es posible que al escuchar omitan las consonantes. Así mismo, les molesta el ruido de fondo por ejemplo el murmullo del tráfico de la calle o el zumbido de un ventilador (Belsky J., 2001).

Por otra parte, el hecho de no oír incrementa el riesgo físico debido a que los sonidos son una forma básica de advertir acerca de los peligros del entorno. No obstante, el principal problema que acarrea esta discapacidad es el aislamiento social porque los amigos y familiares se van alejando debido a que no logran comunicarse con el Adulto Mayor, mismo que puede pedir que le repitan lo que comentaron o quedarse callado y es probable que eviten situaciones sociales por

vergüenza, en el peor de los casos es muy probable que las personas a su alrededor los excluyan de las conversaciones.

Como la pérdida del oído afectan la Calidad de Vida de los Adultos Mayores y la presbiacusia no se puede curar, la prevención es fundamental y se puede llevar a cabo reduciendo la exposición directa al ruido del entorno. Por ejemplo, los empresarios deben controlar los niveles de ruido de los puestos de trabajo y cuando éstos superen un determinado nivel, proporcionar a los empleados dispositivos de protección contra el mismo (información de ayuda, relacionada con los Adultos Mayores, consultar el Anexo No.1).

1.2.3 El gusto y el olfato:

Los Adultos Mayores manifiestan un nivel mas bajo de percepción del gusto y el olfato que los adultos jóvenes, no obstante no esta demostrado ampliamente que el deterioro en ambos sentidos se deba a la edad, además existe una gran variedad de enfermedades que afectan el sentido del olfato, por ejemplo la enfermedad de Parkinson.

En este sentido, Susan Shiffman (1977, citado en Belsky J., 2001) realizó varios estudios respecto a la sensibilidad y preferencia ante los alimentos. En su primer estudio utilizó dos muestras, una formada por alumnos universitarios y la segunda por Adultos Mayores. A ambos grupos les tapó los ojos y les pidió que identificaran y valoraran lo agradable que les parecía una mezcla de alimentos después de probarlos. En los resultados, encontró que los Adultos Mayores no sólo fueron menos capaces de identificar los alimentos, sino que los señalaban como de sabor pobre.

En un segundo estudio, demostró que las diferentes percepciones se debían principalmente por una afección del olfato. Pidió a los sujetos que distinguieran entre los olores de diferentes alimentos comparados de dos en dos y clasificaran los que les parecieran agradables. Los resultados indicaron que las personas

mayores, presentaron menor capacidad para identificar la mayoría de los olores y su sensibilidad variaba de un olor a otro; situaban el de las frutas como de los más agradables. Por lo tanto, es probable que prefieran comer golosinas ó frutas, cuyo olor lo perciben con mayor facilidad.

Se llega a la conclusión, que es el olfato y no el gusto, el responsable de los problemas relacionados con la capacidad para disfrutar de las comidas (Belsky J., 2001), porque los alimentos pierden parte de su atractivo y se perciben como desabridos e insípidos, lo que puede provocar en el Adulto Mayor falta de apetito y el origen de una posible desnutrición. Si a esto se le agregan los problemas dentales (ej. no encajen bien las dentaduras) hacen que la ingestión de los alimentos sea dolorosa y muy desagradable.

Es importante señalar, que la disminución del olfato puede traer consecuencias negativas por ejemplo una menor probabilidad de detectar alimentos en estado de descomposición, fugas de gas natural, entre otras, las cuales afectan la vida de los individuos (si requiere información acerca de los posibles recursos de ayuda, consultar el Anexo No.1).

1.2.4 Rendimiento motor:

Las personas Mayores se mueven más despacio y con menor seguridad, inclusive les cuesta mas trabajo responder ante diversos estímulos por ejemplo: cruzar una calle antes de que cambie el semáforo, conducir un automóvil, evitar obstáculos al caminar, etc., situaciones que los hacen más vulnerables a tener accidentes.

Cuando los psicólogos estudian esta respuesta en el laboratorio, lo que hacen es medir el tiempo de reacción, es decir, la capacidad de emprender una acción con rapidez y precisión después de que aparezca la señal para responder. En términos generales, al llevar a cabo un estudio típico de dicho tema, se le proporciona al participante la siguiente instrucción: "pulse el timbre, con la mayor velocidad que le sea posible cuando se encienda la luz verde". En los resultados han encontrado

que los Adultos Mayores son más lentos en sus respuestas. Así mismo, obtienen un resultado mas bajo cuando se les pide que realicen labores complejas en lugar de acciones sencillas. La principal razón de estos declives conductuales en el rendimiento a medida que aumenta la complejidad, se debe a que las labores más complicadas obligan a pensar más, tal y como señala Salthouse (1991, citado en Belsky J., 2001) *“lo que disminuye con la edad es el tiempo de pensar y no el tiempo de actuar”* P. 116, porque en el sistema nervioso central se reduce la capacidad para procesar la información con rapidez.

De tal forma, la lentitud en el tiempo de reacción es el cambio más importante y generalizado que se produce en el rendimiento motor al llegar a la Vejez, por lo tanto las personas de edad presentan cierta dificultad para realizar algunas acciones por ejemplo: sostener con firmeza una taza con café, levantarse de una silla o llegar a la puerta. Cabe señalar, que estos cambios no sólo dependen de la lentitud de una respuesta, sino de la integridad del sistema musculoesquelético, que es una red de músculos articulaciones y huesos que realizan los movimientos del cuerpo (Belsky J., 2001). En este sentido, para poder actuar físicamente se deben tener huesos fuertes, que apoyados en la compresión de los músculos traerán como consecuencia que las articulaciones se flexionen para girar y doblarse.

En las siguientes líneas se describe el deterioro que se produce con el paso del tiempo, en cada parte del sistema muscoloelético.

Músculos: La fuerza muscular y la capacidad para ejercerla de forma eficaz disminuyen gradualmente a partir de los 40 años. No obstante, alrededor de los 70 la pérdida se acelera por la presencia de una atrofia de las fibras musculares, la cual se da principalmente en las extremidades inferiores del cuerpo.

Huesos: Desde los 30 años la cantidad de hueso que se reabsorbe comienza a rebasar la cantidad que se sintetiza, originando que el restante quede más poroso, débil y propenso a las fracturas (Hansen L., 2003). A mayor cantidad de masa ósea que se desarrolle en la juventud, es mayor la probabilidad de resistir al proceso normal de pérdida en etapas posteriores de la vida. Bajo esta premisa, la osteoporosis es una afección patológica que puede considerarse como una aceleración del proceso normal de pérdida ósea (Hansen L., 2003) y depende de la genética, del estilo de vida, de la cantidad de ejercicio que se realice, del calcio y las vitaminas que se ingieren durante las primeras etapas. La característica física más común que presenta el individuo que la padece, es una espalda arqueada o encorvada; además puede llegar a generar fracturas en las vértebras que dan como resultado dolor, desfiguración y pérdida de estatura. La incomodidad producida por el dolor, no sólo interfiere en las actividades de la vida diaria como caminar, inclinarse, cocinar, entre otras, sino que al realizar éstas e inclusive otras más sencillas como un simple estornudo, son capaces de causar severas fracturas ya que los huesos se vuelen demasiado frágiles (Hansen L., 2003). Desafortunadamente, muchos Adultos Mayores no se recuperan del todo de una fractura lo que trae como consecuencia el declive de la independencia, debido a que difícilmente podrán llevar a cabo sus actividades cotidianas como lo hacían antes del accidente.

Son considerables las diferencias en cuanto a género: los hombres pierden alrededor del 12% de la masa ósea durante un período de treinta años, mientras que las mujeres pierden cerca del 25% en el mismo período (Hansen L., 2003).

En términos generales, una buena alimentación y el ejercicio físico son dos factores importantes que contribuyen a preservar unos huesos sanos. El cuerpo necesita un suministro constante de calcio, si se consumen pocas cantidades el organismo liberará el calcio que almacena en los huesos. Además, es importante no fumar a fin de consolidar la suficiente masa ósea en la edad adulta temprana y conservarla hasta la Vejez.

Articulaciones: A lo largo de la vida, están sujetas a cierto nivel de presión cuando las personas se mueven, corren o se estiran. Este desgaste natural hace que se erosione la cubierta protectora de los extremos del hueso. Cuando el cartílago se destruye se desarrollan bultos óseos lo que produce inflamación y origina que el movimiento se vea afectado por el dolor y la rigidez. En algunos casos, las articulaciones se funden y provocan que el individuo no se pueda mover. En este aspecto, la enfermedad degenerativa de las articulaciones relacionada con el envejecimiento es la osteoartritis, que consiste en la descomposición del cartílago articular y constituye una de las principales enfermedades crónicas (Hansen L, 2003).

En conclusión, las limitaciones relacionadas con la edad en cada una de estas funciones aunque no son una amenaza directa para la vida, inciden en la Calidad de Vida de esta etapa (información respecto a como ayudar a los Adultos Mayores en ésta área, consultar Anexo No.1).

Por otra parte, el envejecimiento trae consigo una serie de cambios que se presentan en diferentes sistemas del organismo, a continuación se describen los más relevantes:

- ✦ Piel: Conforme avanza este proceso, la epidermis se adhiere con menor firmeza a la dermis; esta última se adelgaza y la trama de fibras de colágeno en su interior se afloja, lo que provoca una disminución en la cantidad de fibras de elastina. En consecuencia la piel se afloja y tiende a arrugarse y colgarse.

- ✦ Sistema Cardiovascular: Son pocos los cambios que se producen después de los sesenta años. Sin embargo, una afección patológica llamada arteriosclerosis que se desarrolla por la acumulación de plaqueta en las paredes interiores de las arterias, originando la reducción en el flujo de la sangre, lo que puede producir infarto, angina de pecho ó embolia cerebral. Las causas de esta enfermedad se encuentran determinadas por dos

factores: 1) el envejecimiento, debido a que las arterias presentan cierto nivel de rigidez y 2) la presencia de altos niveles de colesterol en la sangre. En este sentido, es importante distinguir entre los cambios normales que ocurren como resultado de la Vejez y los que se derivan de las enfermedades. En el caso de la arteriosclerosis, el principal factor es la presencia de una elevada concentración de colesterol en la sangre, misma que puede prevenirse con una alimentación balanceada durante el transcurso de la vida.

- ✦ Sistema Respiratorio: Los Adultos Mayores tienen una menor capacidad de respuesta eficaz ante las tensiones que exige el aumento en la respiración y el deterioro resultante se debe a la disminución en la elasticidad del tejido pulmonar. Además, presentan mayor riesgo ante los contaminantes ambientales, el tabaquismo y las enfermedades respiratorias como el asma y el enfisema (desarrollado en respuesta a la irritación de los tubos bronquiales lo que ocasiona una producción excesiva de mucosa en las vías respiratorias que se acumula gradualmente y restringe la circulación del aire a los pulmones). Cada una de las enfermedades mencionadas reduce la capacidad vital, entendida como la cantidad total de aire que se introduce o se expulsa, trayendo consecuencias negativas a la salud.
- ✦ Sistema Inmunológico: El deterioro en el funcionamiento de dicho sistema, aumenta la susceptibilidad a contraer enfermedades infecciosas como la neumonía y la gripe, si aparece alguna complicación, el individuo puede morir. Además propicia otras enfermedades como: cáncer, cambios en las paredes de los vasos sanguíneos que generan arteriosclerosis y un aumento de trastornos auto-inmunitarios como la artritis reumatoide ó el lupus que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca a su propio tejido.

1.3 Teorías acerca del Envejecimiento.

1.3.1 Teorías psicológicas y sociales:

Existen diversas teorías referentes al ciclo de vida y al progreso de la adaptación a la última etapa de la vida; en este aspecto gran parte de las investigaciones relacionadas con el área de la Gerontología Social, han propiciado la divulgación de distintos supuestos que establecen clasificaciones similares, pero cada una con su propia perspectiva, lo que origina cierta dificultad para proporcionar un modelo generalizado. Así mismo, es importante señalar que ninguna etapa del desarrollo humano manifiesta límites específicos porque cada individuo posee características diferentes. De tal forma, algunas son construcciones ideológicas globales y otras son aplicaciones derivadas de conceptos afines, a continuación se describen:

- * Teoría de la Desvinculación: El planteamiento central señala que durante el proceso de envejecimiento, los individuos experimentan una separación gradual de la sociedad; además argumenta que es una tendencia funcional porque sirve para las necesidades individuales y sociales, por ejemplo la jubilación indica un retiro de la vida productiva necesario para el acceso al trabajo de otras generaciones. De esta forma, los individuos mejor adaptados son aquellos que sustituyen las ocupaciones activas, por otras de menor responsabilidad y esfuerzo. En conclusión, es necesario para la supervivencia de la sociedad que ellos se desvinculen para permitir que los jóvenes dispongan de dichos papeles.
- * Teoría de la Modernización: Tiene como propósito dar una explicación sobre los cambios en el estatus de los Adultos Mayores a partir de las modificaciones de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que van logrando las distintas sociedades. Sin embargo, se le ha criticado por argumentar una relación demasiado lineal y simplista porque no integra completamente las diferencias sociales, religiosas y raciales. La revisión histórica, muestra

que el trato que han recibido las personas de edad ha sido ambivalente, bajo esta premisa es inapropiado establecer una relación entre la modernización y el estatus porque las transformaciones sociales derivadas de la evolución económica constituyen un proceso complejo que no ha producido las mismas consecuencias en las condiciones de esta población. Barenys (1991, citado en Bazo M. y Maiztegui O., 1999) indica que la investigación sociológica debe orientarse a aspectos como los siguientes: a) formas que adopta el progresivo desinterés hacia las actividades sociales y personales, b) identificar por un lado las variables que influyen y por el otro las que lo desencadenan. En este aspecto, no es lo mismo retirarse paulatinamente de las actividades sociales, que hacerlo mediante la imposición de algún entorno social. Desvincularse de una serie de actividades, implica apropiarse de otras que tienen como característica principal ser más afines a las posibilidades funcionales e intereses del Adulto Mayor. No significa necesariamente el abandono de ciertas conductas sino una actitud positiva de los individuos hacia la vida.

* Teoría de la Actividad: La idea principal señala que cuando el individuo cumple con un gran número de actividades, presenta una alta probabilidad de estar satisfecho con la vida. En este sentido, Havighurst (1961, citado en Bazo M. y Maiztegui O., 1999) realizó una investigación en la ciudad de Kansas, la población que participó estuvo conformada por individuos con edades comprendidas entre los 50 y los 90 años. Con los datos obtenidos, llegó a la conclusión de que los Adultos Mayores que efectúan un alto porcentaje de actividades a lo largo del día, se encuentran más satisfechos y mejor adaptados; la mayoría procura realizar las mismas actividades que llevaron a cabo en la juventud porque mantienen intactas las necesidades psicológicas y sociales que mostraron en dicha etapa. Se cree que entre mayor sea el número de actividades que ejecute, logrará incrementar su nivel de adaptación a la Vejez, sin embargo no es forzoso sustituir las

actividades laborales que desempeñaban por otras compensatorias, debido a que se ha encontrado que se sienten ampliamente satisfechos al efectuar acciones derivadas de sus relaciones sociales y familiares.

- * Teoría de la Continuidad: Sostiene que el envejecimiento es de continuidad y no de cambios. Los individuos de mediana edad y los de edad avanzada, están predispuestos y motivados por dos tipos de continuidades: 1) interior, en la que se incluye el temperamento, el afecto, las experiencias, preferencias, habilidades, disposiciones, valores, creencias y la percepción del mundo en general y 2) exterior, relacionada con las costumbres sociales. El mantenimiento de ambas, promueve el sentimiento de seguridad así como a conservar un adecuado nivel de autoestima.
- * Teoría de la Competencia: Pretende explicar la dependencia entre el Adulto Mayor y el mundo social como un movimiento circular que estimula la visión negativa que tienen de sí mismos, sostenida por la imagen que les envían sus personas allegadas. El círculo es difícil de fragmentar por las enfermedades y los deterioros que trae consigo la Vejez, lo que contribuye al aumento de dicha perspectiva negativa.
- * Teoría de la Subcultura: Argumenta que los individuos mayores integran una subcultura y cuando interactúan con otros grupos de diferentes edades les proporciona diversos beneficios, entre los que destacan ayudarlos a mantener la identidad y el autoestima.
- * Perspectiva del Ciclo de Vida: Menciona que el envejecimiento es un proceso de evolución que inicia en el nacimiento y la experiencia varía en función de los factores históricos (Bazo M. y Maizteguí O., 1999). Propiamente es un marco conceptual y no una teoría. Se ha utilizado en diversos temas de investigación, los más frecuentes han sido los siguientes: a) normas según la edad, b) percepción de la edad y c) momentos de transición.

- * Teoría de la Estratificación por Edades: Tiene como propósito principal examinar los cambios presentados en sucesivas cohortes a través del tiempo. Describe que la sociedad se compone de generaciones continuas, de individuos que envejecen de forma distinta y que continuamente obligan a sus predecesores a abandonar los papeles sociales. Los individuos que nacen en fechas cercanas experimentan la última etapa de la vida de forma similar. De esta forma, el momento socio-histórico en que cada generación vive, trae como consecuencia que afronten un conjunto de acontecimientos y cambios relacionados con su fecha de afiliación.
- * Teoría del Declive o Carencia: Cuando una persona envejece implica que presente cierto nivel de declive y diversas carencias en el desarrollo personal y social. En conclusión, el objetivo de la teoría es unir los complejos procesos de degradación psicológica con el paso del tiempo (Pérez de Guzmán P., 2004).
- * Teoría Interpretativa: Argumenta que la realidad está construida por los individuos y es el resultado de la interpretación personal, por lo tanto son fundamentales dos tipos de valores: a) el subjetivo de toda experiencia y b) el simbólico del envejecimiento. Así mismo, la teoría tiene sus bases en la percepción personal y la interacción.
- * Modelos Psicogerontológicos: Analizan la presión del medio ambiente con el propósito de mejorarlo, para que los Adultos Mayores tengan mejores condiciones de vida.
- * Modelo de Desarrollo Personal: Pone particular énfasis en que los últimos años de la vida pueden proporcionar un importante desarrollo personal. Sin embargo, para algunas personas de edad avanzada es difícil que se produzca, debido a circunstancias como el estrés, problemas de salud, pérdida de seres queridos, entre otros.

Para finalizar, Bazo M. y Maiztegui O. (1999) mencionan que a medida que avanza la investigación sobre el tema, aparecen nuevas teorías. No obstante, como la proliferación de las perspectivas teóricas es reciente, tanto las psicológicas como las sociológicas tienden a ser descriptivas en lugar de explicativas. En este sentido, las primeras se centraban principalmente en las dificultades de ajuste personal a la última etapa de la vida, mientras las segundas han ido ampliando su perspectiva incorporando otros aspectos sociales. De esta forma, al tener como objetivo los problemas de ajuste derivados de la edad, trae como consecuencia que dejen a un lado el desarrollo de las teorías referentes a la experiencia social de la Vejez, que son importantes para formar una perspectiva integral.

1.3.2 Teorías biológicas:

El cuerpo humano, se encuentra formado por dos constituyentes: 1. Las células (unas se dividen y otras no presentan esta característica) y 2. El tejido conectivo intercelular, cuyos principales componentes son las proteínas fibrosas denominadas colágeno y elastina.

La mayoría de los biólogos coinciden en que los problemas y procesos en el interior de las células determinan la Vejez y la muerte. En este aspecto, han elaborado distintas teorías que logren explicar las causas de la primera, dentro de las más destacadas se encuentran las siguientes (Belsky J., 1996):

- * Teorías del Daño Aleatorio sobre el Envejecimiento: Señalan que los errores acumulados en la capacidad de las células para producir proteínas son la causa del envejecimiento y la muerte. El DNA (material genético que se encuentra en el núcleo de cada célula) es el encargado de programar el funcionamiento del organismo y sus moléculas tienen como función desenrollarse y enrollarse lo que determina el proceso de producción de proteínas. Sin embargo, al realizar dicha función en repetidas ocasiones, origina cambios en su

estructura denominados mutaciones. No obstante, a lo largo de la vida son normales pero en la medida en que sufren progresivas agresiones ambientales, determinan la dificultad en la reparación; el deterioro producido se lleva a cabo al azar. Cuando los cambios son lo suficientemente perjudiciales, la producción de tantas proteínas defectuosas propiciará la muerte de la célula. Es importante señalar, que las células poseen mecanismos que ayudan a corregir los errores espontáneos del DNA pero cuando el individuo envejece, éstos pueden ser más frecuentes y el sistema de reparación no funciona con tanta eficacia, por lo que constantemente se incrementará el número de células que funcionen mal, lo que traerá como consecuencia que algunas células fundamentales para el organismo mueran así como el individuo. Para finalizar, las células posmitóticas (sin división) deterioradas o destruidas por las mutaciones en el DNA, son las responsables de algunas características importantes de la última etapa de la vida.

* Teorías del Envejecimiento Programado: Postulan que tanto el envejecimiento como el crecimiento se encuentran programados. En este aspecto, los biólogos mantienen diferentes puntos de vista acerca de la localización del “cronómetro del envejecimiento”, el momento en el que se activa y su funcionamiento. El planteamiento en el cual coinciden se refiere a que la Vejez de los individuos debe estar controlada por una estrategia global y organizada. Aunque no se tiene el lugar exacto en el cual se localiza, se han detectado posibles mecanismos, tomando en consideración la influencia que tienen sobre el organismo y son los siguientes: 1) Hipotálamo: es una diminuta estructura localizada en el cerebro. Es responsable de coordinar funciones corporales esenciales como comer, la conducta sexual, la regulación de la temperatura y la expresión emocional. Así mismo, sistematiza el crecimiento físico, el desarrollo sexual y la reproducción; 2) El Sistema Inmune: tiene como objetivo proteger al organismo de

sustancias extrañas como los virus y las bacterias, para combatirlas produce rápidamente células agresoras y moléculas especializadas denominadas anticuerpos. Cuando funciona adecuadamente, debe ser capaz de diferenciar a los agentes agresores, reconociendo y eliminando sustancias extrañas; al mismo tiempo conservar en buenas condiciones a las células. Sin embargo, con el paso del tiempo se deteriora por lo tanto los Adultos Mayores son más vulnerables a fallecer por enfermedades infecciosas e inclusive presentar algún tipo de cáncer. Por último, analizando el tipo de lesión existente en el sistema inmune, se logran explicar algunas de las enfermedades típicas que se manifiestan en la última etapa de la vida.

Tomando en cuenta ambas teorías, si la Vejez se encuentra programada mediante un reloj ubicado en el hipotálamo se podrían aplicar procedimientos para retardar su proceso. Pero si la causa se debe a un deterioro en el DNA, se desarrollarían sustancias que redujeran el ritmo de las mutaciones y a su vez lograrían fortalecer al sistema involucrado en la reparación del mismo. No obstante, si es consecuencia de un sistema inmune debilitado, entonces se descubrirían y aplicarían mecanismos que estimulen las funciones inmunes.

Bajo éstas premisas, se necesitan realizar varias investigaciones que determinen, cual de los dos supuestos es el acertado. La información serviría para desarrollar mecanismos funcionales que ayuden a retrasar el envejecimiento y mejoren la Calidad de Vida. Mientras se llevan a cabo los estudios, es primordial desarrollar programas de intervención que estén orientados principalmente a la prevención así como a la promoción de conductas que perfilen una excelente salud en edades tempranas y se mantengan en etapas posteriores de la vida, lo que contribuirá a que la última etapa sea óptima.

1.4 Envejecimiento Exitoso y Patológico.

El envejecimiento se lleva a cabo mediante dos formas, la primera se denomina como primario y la segunda como secundario. El primero alude a los procesos normales e intrínsecos de la maduración biológica que se encuentran programados genéticamente y ocurren por el paso del tiempo, a pesar de que el individuo posea una excelente salud y la ausencia de enfermedades, los elementos que lo constituyen son los siguientes (Hansen L., 2003):

1. Un proceso complejo que influye en un cambio estructural y funcional del individuo, se relaciona con la edad y ocurre después de un tiempo.
2. Presenta aspectos acumulativos.
3. Reduce el funcionamiento.
4. Los cambios ocurren de forma gradual y no se determinan por ninguna causa externa.
5. Es inevitable, universal e irreversible.
6. Su comienzo se da después de haber alcanzado la madurez física y reproductiva.
7. Culmina con la muerte.

Por su parte el secundario, se refiere a los deterioros relacionados con la edad que son patológicos y se originan por factores extrínsecos, entre los que se encuentran enfermedades, influencias ambientales y comportamientos (ejemplos: exposición a la contaminación excesiva por ruido que daña con el paso del tiempo el sentido auditivo; el consumo de tabaco que propicia enfermedades respiratorias, entre otros). De tal forma, el sentido que tome el envejecimiento dependerá de las acciones llevadas a cabo por el individuo, algunas de ellas, determinadas por su condición social y económica (Hansen L., 2003).

Rage A. (1997) menciona que el Adulto Mayor con alguna enfermedad, particularmente si es crónica presenta temor en dos aspectos: 1) por la posible pérdida del funcionamiento cognoscitivo y físico que pueden incrementarse por

causas como la depresión ó la angustia, inclusive por la falta de control y 2) las condiciones progresivas de degeneración.

Por lo tanto, si enfrentarse a la Vejez resulta un poco difícil cuando se carece de enfermedades, en presencia de éstas es más complicada y la necesidad de apoyo se vuelve muy demandante, particularmente con la familia que asume el cuidado. No obstante, las atenciones pueden percibirse como una carga lo que obstaculiza que el Adulto Mayor se sienta útil (Velasco C. y Sinibaldí G., 2001). Cabe destacar, que la salud en esta etapa es el reflejo de factores que intervienen a lo largo de la vida, por ejemplo: las condiciones socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, los hábitos de salud y el estilo de vida que son aspectos decisivos para mantener al organismo sano mediante acciones como buenos hábitos alimenticios y realizar ejercicio; aunados a los que tienen que ver con la herencia genética. En contraparte, un estilo de vida que incluya variables como: la ingestión de bebidas alcohólicas, inactividad física, depresión, aislamiento social y prevalencia de enfermedades crónicas, proporcionará resultados negativos (Warner S. y Willis S., 2003). En conclusión, cada individuo tiene cierto nivel de control sobre su propio envejecimiento (Hansen L., 2003).

A continuación se enumeran algunos de los riesgos más importantes que traen como consecuencia un envejecimiento patológico:

- ☞ Riesgo Psicosocial: Los mas comunes son la soledad, el aislamiento social, falta de apoyo social, pérdida de control, sentimientos de desamparo, pesimismo. En el caso de los Adultos Mayores: la pérdida de los seres queridos, la adaptación a la jubilación, situación económica precaria, el rechazo familiar y social, las repercusiones psicológicas relacionadas con la evaluación de sí mismo y del entorno.
- ☞ Estrés: Origina afecciones cardiovasculares e infecciosas, hipertensión, colitis y úlcera. Además influye en la malformación de algunas zonas cerebrales.

- ☞ Estados Emocionales Negativos: Determinan el deterioro de la salud, debido a que los procesos cognoscitivos se relacionan directamente con los sistemas inmunológico y endocrino.
- ☞ Fumar: Aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, de boca, laringe, entre otros. Aunado al deterioro que produce en el funcionamiento de las células.
- ☞ Ingestión de Bebidas Alcohólicas: Incrementa la probabilidad de padecer enfermedades en órganos como el hígado. A nivel social trae como consecuencia la ruptura o deterioro en las relaciones personales y a nivel individual se relaciona con una baja expectativa de vida.
- ☞ Falta de ejercicio: Genera atrofia en el sistema musculoesquelético.
- ☞ Alimentación inadecuada: Abuso en el consumo de grasas lo que origina altos niveles de colesterol en la sangre, aumentando el riesgo de afecciones cardiovasculares como la arteriosclerosis. Para las personas de edad avanzada las deficiencias nutricionales, inclusive la deshidratación mal atendidas, pueden ocasionar efectos secundarios porque los síntomas que ambas presentan pueden confundirse con demencia senil, lo que origina el empeoramiento ó la generación de otras enfermedades.

Por su parte, Urraca F. (2005) señala que la salud del Adulto Mayor presenta algunas diferencias en comparación a la de un Adulto. En este aspecto, menciona las siguientes características: A) es común que este sector de la población presente al mismo tiempo diversas enfermedades, por ejemplo un individuo puede presentar al mismo tiempo diabetes, problemas circulatorios e insuficiencia cardiaca, por lo que necesita ingerir varios medicamentos durante el transcurso del día y éstos pueden traer consecuencias negativas a través de dos factores: que los intercambie ó que olvide si los ingirió y lo vuelva a hacer; B) las enfermedades presentan como característica principal la cronicidad, por lo tanto los tratamientos son mas prolongados e incluso de por vida. En los adultos suelen ser agudas o autolimitadas.

Así mismo, señala que las enfermedades de mayor preevalencia en la Vejez son las siguientes (si requiere de más información, consulte el Anexo No.2):

- ♦ Demencia: Síndrome adquirido y persistente del deterioro de varias funciones cognoscitivas superiores. La causa más común es la Enfermedad de Alzheimer (pérdida gradual y progresiva de la memoria). Su origen es desconocido, pero existen ciertos factores que predisponen su aparición por ejemplo los traumatismos craneoencefálicos. Los síntomas mas comunes son los siguientes: iniciales, en la mayoría de los casos imperceptibles, pueden ocurrir pequeños olvidos; entre los avanzados se encuentra la falta de memoria que repercute en citas, conversaciones, nombres de las personas, desorientación temporo-espacial así como cambios bruscos de humor; por último no reconocen a la familia, son incapaces de vestirse y comer por si solos, pasan mucho tiempo en cama por el deterioro cognoscitivo y es probable que su fallecimiento se produzca por diversas infecciones.
- ♦ Accidentes Cerebro-Vasculares: Patologías, generalmente de instauración súbita. Su origen se encuentra determinado por el déficit de riego sanguíneo en alguna parte del sistema nervioso central.
- ♦ Hipertensión Arterial: La OMS la define en individuos mayores de 18 años a una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm de Hg ó a una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm de Hg, que no se encuentren bajo tratamiento farmacológico antidepresivo y se mida al menos en dos ocasiones distintas. El riesgo de complicaciones no disminuye al envejecer. Se asocia al abuso de alcohol y tabaco así como a los altos índices de colesterol en la sangre. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran: el género femenino, la raza negra, el estrés, la obesidad, los hábitos tóxicos y alimenticios.
- ♦ Enfermedades Pulmonares: Con el envejecimiento, se producen algunos cambios en el sistema respiratorio, los más destacados son en el tejido pulmonar, los músculos respiratorios y la pared torácica. Lo que trae como

consecuencia un incremento en el número de infecciones respiratorias, la más común es la neumonía. De esta forma, las patologías más importantes en la última etapa de la vida son: infecciones pulmonares, cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Entre los factores de riesgo se encuentran: consumo de tabaco, exposición a altos índices de compuestos químicos como el asbesto, entre otros.

Por otra parte, cuando un individuo llega a la Vejez no debe interpretarla como un momento de deterioro, pérdida o fracaso. Bajo esta premisa, surgió una línea de investigación orientada al estudio del envejecimiento exitoso, con el propósito de abordar esta etapa de la vida de forma más positiva (González-Celis, 2002). El término fue introducido por dos miembros de la fundación McArthur, el gerontólogo John Wallis Rowe y su colega el Psicólogo Robert Louis Kahn quienes durante mas de diez años realizaron una serie de estudios en Estados Unidos, en los que utilizaron poblaciones constituidas por Adultos Mayores que lograron envejecer de forma exitosa, es decir, con altos niveles de funcionalidad física y cognoscitiva. Las variables que encontraron para lograr un envejecimiento exitoso fueron: los hábitos alimenticios adecuados, la actividad física, las interacciones así como el apoyo social, el trabajo productivo y el mantenimiento de las funciones cognoscitivas. Así mismo, argumentan que no esta determinado por factores genéticos, sino por el estilo de vida, el tipo de alimentación, el ejercicio, la actividad cognoscitiva, la auto-eficacia y las relaciones activas con las demás personas (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002).

Por su parte, Vellas (1996, citado en Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002) realizó una investigación con la población de la Universidad de la Tercera Edad de Toulouse en Francia, en la que demostró que es el resultado de las siguientes acciones:

- † Mantenimiento de las capacidades funcionales: A) físicas (mediante el ejercicio); B) cerebrales (a través de la activación psicológica); C) afectivas

y sociales (por el desarrollo y mantenimiento de una amplia red de relaciones socio-afectivas).

- † Buen estado nutricional.
- † Motivación para la elaboración de un proyecto de vida con el que se prevengan problemas psicológicos.
- † Sustituir lo que ya no se puede realizar con otras actividades a fin de evitar carencias.
- † Para compensar las incapacidades, es necesario utilizar los paliativos apropiados por ejemplo: prótesis, equipo electrónico, entre otros.

Esta forma de envejecer, también requiere de un autoconcepto positivo el cual se mantiene mediante la capacidad para evaluar el propio rendimiento en relación con los niveles restantes de la capacidad física. Muchos Adultos Mayores logran percibir su propio envejecimiento de forma positiva, ya que consideran inadecuado abarcar cada dimensión de su vida al mismo tiempo como ocurría en la juventud, por lo tanto solo seleccionan cada una de las prioridades que maximicen su motivación para aprovechar adecuadamente el tiempo de ocio disponible. En este sentido, el autoconcepto positivo en la Vejez se encuentra frecuentemente determinado por altos niveles de educación escolar alcanzados (Warner S. y Willis S., 2003).

Una investigación llevada a cabo por la Fundación McArthur, dirigida por Kubzansky, Berkman, Glass & Seeman (1998, citados en González-Celis, 2002) tomó en cuenta la variable del nivel educativo. Participaron 1,192 Adultos Mayores con edades entre 70 y 79 años, los criterios de inclusión fueron: niveles altos de salud física y funcionamiento cognoscitivo. En los resultados reportaron que las variables asociadas con el nivel educativo alto fueron: 1.- conductuales (fumar cigarrillos y actividad física), 2.- biológicas (funcionamiento pulmonar y nivel de colesterol), 3.- psicológicas (auto-eficacia y ansiedad) y 4.- sociales (red y soporte social). Por otro lado, bajos niveles educativos se relacionan con las siguientes variables: A) pobreza del funcionamiento psicológico, B) menor número de

conductas saludables, C) deficientes condiciones biológicas y D) una amplia red de apoyo social. Es importante señalar, que el nivel de colesterol y el consumo de alcohol no se relacionaron con el nivel educativo. En este aspecto, los autores concluyen que el logro educativo alcanzado es un buen predictor de las condiciones de salud, en individuos que han envejecido exitosamente.

De tal forma, para alcanzar un envejecimiento exitoso se necesita utilizar una estrategia general para seleccionar y llevar a cabo actividades alternativas, para compensar las pérdidas que trae consigo el proceso.

Varias investigaciones han tenido como objetivo comprender la forma en la cual se pueden modificar los comportamientos que amenazan la salud y mantener los que la promueven. En la actualidad se tiene conocimiento de que gran parte de las enfermedades y discapacidades que anteriormente se atribuían al proceso de envejecimiento se encuentran relacionadas con el estilo de vida, Lemos S. (1994) lo define como un patrón de comportamientos que pueden otorgar riesgo para diversas enfermedades o causas de muerte; representa un conjunto de conductas valores y actitudes relacionadas con la salud, adaptadas por el individuo en respuesta al ambiente social, cultural y económico.

En gran parte, la conducta de un individuo es el resultado de su historia, por lo tanto los hábitos y conductas adquiridas en la edad temprana influyen en el comportamiento relacionado con la salud actual. Es fundamental enseñar a los niños conductas y hábitos saludables que les permitan construir un estilo de vida que tenga como resultado un envejecimiento exitoso (Hansen L., 2003).

Entre los comportamientos preventivos se encuentran:

- ☞ Eliminar el consumo de cigarrillos y de alcohol.
- ☞ Utilizar estrategias de afrontamiento para reducir el nivel de estrés: inicialmente se reconocen las causas que lo originan y posteriormente se

utilizan técnicas para reducirlo, así como el empleo de conductas de control.

- ☞ Ampliar la red de Apoyo Social.
- ☞ Realizar ejercicio: Tiene beneficios a corto y a largo plazo entre los que se encuentran oportunidades de interacción social, fortaleza, movilidad, prevención ó control de enfermedades (ejemplos: cardíacas, regulación de la presión sanguínea, diabetes, osteoporosis, depresión, niveles de colesterol) se vincula con menores índices de cáncer de colon, enfermedad vascular cerebral y lesiones en la espalda. Flórez L. (1997) argumenta que logra mejorar la función cognoscitiva ya que el individuo percibe una sensación de bienestar a nivel físico y emocional lo que origina el incremento de la autoestima, el autoconcepto así como la tolerancia a la tensión emocional. En este contexto, para ejecutar un patrón habitual de ejercicio en el Adulto Mayor se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos: un examen médico completo, que la progresión de los ejercicios se realice de forma lenta, el calentamiento debe ser suficiente en cuanto a duración, intensidad y frecuencia para condicionar de manera correcta el sistema cardiovascular. Cuando aparezcan síntomas anormales o persistentes se consulte al médico.
- ☞ Alimentación: Al llegar a la última etapa de la vida, es muy importante mantener una proporción adecuada de proteínas, vitaminas E, D y B12, ácido fólico y calcio. Los hábitos alimenticios desempeñan una función importante en el mantenimiento de la salud y en la prevención de muchas de las enfermedades y afecciones crónicas vinculadas a la misma.
- ☞ Responsabilidad hacia la salud: Llevando a cabo un estilo de vida saludable, además buscar ayuda profesional cuando sea necesaria.
- ☞ Autoactualización: Se deben plantear objetivos a corto o mediano plazo, buscar el desarrollo personal y experimentar satisfacción.

En términos generales, para evitar enfermedades en la Vejez se necesitan realizar cambios en el estilo de vida, principalmente en áreas como la nutrición, el ejercicio

físico, afrontamiento del estrés, sistemas de apoyo social, los intereses y las actividades significativas (Warner S. y Willis S., 2003).

Por su parte, Rowe y Kahn (1997, citados en Ham C., 2003) señalan que las cualidades para un buen envejecimiento son las siguientes:

1. Baja incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades.
2. Altas tasas de funcionalidad física y cognoscitiva.
3. Disponibilidad de recursos materiales e independencia en su manejo.
4. Inserción en la sociedad así como en la familia que permita contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional.
5. Llevar a cabo actividades productivas y satisfactorias, no necesariamente remuneradas.

Cabe destacar, que las dos primeras se refieren a aspectos médicos y biológicos, sin embargo cuando se analizan, se llega a la conclusión de que se encuentran relaciones a otras características como la situación financiera, necesaria para obtener recursos de educación y mantener una buena alimentación, lo que originará una vida saludable. En conclusión, cada una de ellas se debe abordar desde un enfoque integral.

Paul Baltes y Margaret Baltes (1993, citados en González-Celis, 2005) señalan que en la actualidad los Adultos Mayores cuentan con más recursos a nivel educativo, ocupacional, ingresos económicos y relaciones sociales que deben emplearse eficazmente para aminorar las pérdidas asociadas a la edad e incrementar las ganancias, premisa fundamental para un envejecimiento exitoso. Así mismo, los recursos biológicos determinan el declive del funcionamiento cognitivo y los culturales únicamente ayudan a demorar, pero no previenen la manifestación de una patología cognitiva (M. Baltes 1998, citada en González-Celis 2005).

De esta forma, González-Celis (2005) argumenta que el envejecimiento exitoso se relaciona con variables como: 1) el nivel de autonomía e independencia del individuo para realizar sus actividades de la vida cotidiana, por ejemplo quehaceres domésticos, el arreglo personal, entre otros; 2) una vida activa en la que se incorporen actividades recreativas como el ejercicio físico; 3) una red de apoyo social creada a partir de las actividades sociales; 4) protección de la salud, como asistir al médico y la adherencia terapéutica; 5) actividad cognoscitiva y ocupacional mediante actividades como resolver juegos, armar rompecabezas; 6) un adecuado nivel de bienestar psicológico, mediante una percepción positiva del estado de salud y el mantenimiento adecuado de las habilidades cognoscitivas.

Para finalizar, Vellas (1996, citado en González-Celis, 2005) menciona que el estudio de los individuos que envejecen con éxito permite precisar -con el paso del tiempo- las conductas que pueden propiciar la mejora del estado de salud de las futuras generaciones de Adultos Mayores. Es importante implementar programas de intervención y estrategias de aprendizaje, que estén orientados a aspectos como: enseñanza de adecuados hábitos alimenticios y comportamientos saludables, programas de ejercicio físico, establecer redes de apoyo social, generar entornos agradables que logren prevenir de forma temprana las condiciones que originen futuras enfermedades. En conclusión, el envejecimiento no debe considerarse como una enfermedad sino como un ciclo más en la vida de un individuo.

1.5 Apoyo Social.

La Vejez constituye un periodo semejante al de otras etapas de la vida, la diferencia radica en el incremento de las pérdidas a nivel biológico y social. Algunas investigaciones (Carstensen 1990, citado en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) han señalado que existe un notable descenso de la actividad social en dicha etapa, sin embargo la disminución de los contactos sociales no determina la falta de redes sociales proveedoras de apoyo.

Los conceptos fundamentales para entender al apoyo social son los siguientes:

- ✧ Actividad social: Se refiere a la frecuencia de los contactos sociales.
- ✧ Redes sociales: Indican las características estructurales respecto a las relaciones mantenidas por una persona, como son tamaño o número de relaciones, la frecuencia de contacto, la proximidad física, entre otras.
- ✧ El apoyo social: Constituye la ayuda a través de dos formas, emocional o instrumental.

En este aspecto, se define como el conjunto de vínculos interpersonales que tiene un individuo, tomando en cuenta aspectos individuales, familiares, sociales, entre otros (Nieto M. et. al., 2004). En una situación de enfermedad, puede presentar diversas manifestaciones como son: ayuda domiciliaria, económica, asistencia doméstica; a nivel psicológico sirve para afrontar los problemas y como estímulo ó refuerzo ante las dificultades originadas. El supuesto general va orientado a que el apoyo social está negativa e inversamente relacionado con la enfermedad, es decir, a mayor apoyo social son menores las probabilidades de que el individuo enferme (Nieto M. et. al., 2004).

De tal forma, existen tres modelos teóricos que explican sus efectos:

- ∞ La teoría del estrés: Ha formulado la relación entre el apoyo social y el bienestar en dos hipótesis: A) hipótesis del efecto directo: algunos estudios realizados indican que el primero se relaciona con ciertos indicadores de salud, por lo tanto la relación entre altos niveles de estrés y bajos niveles de apoyo social generan resultados negativos para el individuo. Por ejemplo el estudio cardiológico de Framingham (citado en Albarracín D. y Goldstein de Muchnik, 2004) mostró que los hombres con alto riesgo de enfermedad cardiovascular presentaban dos características, realizaban tareas de oficina y sus cónyuges nos los apoyaban; B) hipótesis de la amortiguación o interacción: conceptualiza al aislamiento como una carencia de individuos

capaces de contribuir al afrontamiento del estrés. Ruberman (1984, citado en Albarracín D. y Goldestein de Muchinik, 2004) mediante una investigación mostró que las personas con bajo estrés y que contaban con apoyo social, tenían cuatro veces menos probabilidades de morir que las personas con niveles elevados de estrés y aislamiento social.

∞ La teoría de la necesidad: Supone una correspondencia entre los recursos sociales y la necesidad. Según su objetivo las necesidades humanas pueden ser materiales y psicosociales, en cuanto a la duración pueden ser diarias o de crisis. El objeto de la necesidad define las siguientes categorías de apoyo social: 1) apoyo psicológico diario (necesidades psicosociales diarias), 2) apoyo psicológico de crisis, 3) apoyo instrumental o material diario, 4) apoyo instrumental o material de crisis. Por lo tanto, la salud del individuo depende de la relación entre las necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción.

∞ La teoría del efecto funcional: Propone que el efecto principal se debe a que las relaciones sociales refuerzan u obstaculizan las conductas positivas para la salud. De esta forma, el efecto funcional es positivo cuando las relaciones sociales refuerzan una conducta saludable y negativo cuando la obstaculizan.

El supuesto de que el apoyo social es fundamental para el mantenimiento de la salud y el origen de una menor probabilidad de incidencia de enfermedades entre la población de edad avanzada, se toma en cuenta por las características que presenta. Existe evidencia que señala que los Adultos Mayores en comparación con otros grupos de edad, son más vulnerables a perder relaciones sociales de apoyo debido a que ocurren algunos eventos característicos de la etapa como son: la viudez, la jubilación, e inclusive la institucionalización ó condiciones personales como el estado de salud y el bajo nivel de recursos educativos. Así mismo, el apoyo social ha sido vinculado con la morbilidad en la Vejez (Albarracín D. y Goldestein de Muchinik, 1994). En este sentido, las investigaciones han utilizado pacientes con enfermedades como la diabetes mellitus y las cardiacas, destaca el trabajo realizado por Berkman y Syme (1979, citados en Fernández-

Ballesteros et. al., 1992) que tuvo como objetivo demostrar la dirección de la asociación entre los recursos sociales y la mortalidad, obteniendo como resultado que las funciones sociales contribuyen a la protección contra la enfermedad.

En otros aspectos, el apoyo social de los Adultos Mayores varía en función del género y no de la edad (Albarracín D. y Goldstein de Muchnik, 1994) ya que los trabajos realizados han encontrado que las mujeres tienen redes de apoyo social más amplias. Por ejemplo Seelbach (1977, citado en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) argumenta que en la comparación que llevo a cabo entre mujeres y hombres viudos le permitió concluir que en una gran proporción, ellas cuentan con el apoyo de los hijos y lo perciben en cuatro dimensiones: 1) cuidado y preocupación, 2) integración social, 3) amor y cariño, 4) apoyo instrumental (ej. ayuda financiera).

A lo largo de la vida ocurren una serie de sucesos que pueden afectar el bienestar psicológico. No obstante, cuando se cuenta con un adecuado sistema de apoyo social, ayuda a que las consecuencias sean menos negativas, por el contrario cuando se carece del mismo, el evento puede ser muy perjudicial (Fernández-Ballesteros et. al., 1992). De tal forma, las relaciones sociales contribuyen directamente al bienestar, en la medida en la que satisfacen necesidades sociales básicas. Antonucci (1982, citado en Albarracín D. y Goldstein de Muchnik, 1994) encontró que las medidas de apoyo social percibidas, tales como la satisfacción marital y la frecuencia de contacto con amigos y parientes se asociaron con los niveles de bienestar, felicidad y satisfacción en la vida de los Adultos Mayores. Por lo tanto, la familia y los amigos constituyen los grupos más importantes de recursos sociales. En este sentido, Antonucci y Akiyama (1987, citados en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) realizaron un estudio en el que se integró una población de 718 sujetos pertenecientes a tres grupos de edades: a) 50-64, b) 65-74, c) 75-95. Todos los participantes respondieron un cuestionario formado por preguntas relativas a características estructurales (tamaño, frecuencia de contacto, tipo de relación: hijo, nieto, entre otras) y funcionales (tipos de apoyo, se

utilizaron seis categorías de apoyo emocional proporcionado y/o recibido) referentes a su red social. En los resultados informaron los siguientes planteamientos:

- ✘ Inexistencia de diferencias entre los distintos grupos de edad en el número de relaciones mantenidas.
- ✘ Con mayor frecuencia, los familiares (cónyuges y/o hijos) forman parte de las redes sociales de todos los grupos de edad.
- ✘ Los individuos mayores mencionaron contar con un número significativamente mayor de amigos en su red social, en comparación con los grupos de edades más jóvenes.
- ✘ El grupo de más edad (75-95 años) argumentó proporcionar menos apoyo, que los demás integrantes de la muestra.
- ✘ No se detectaron diferencias intergrupos en el número de categorías de apoyo social recibido.

En conclusión, se confirma la importancia de la familia para proporcionar apoyo social y se refuta el supuesto de que los Adultos Mayores son excluidos de ella. Así mismo, los amigos forman parte de un recurso valioso.

Por su parte Albarracín D. y Goldstein de Muchnik (1994) señalan que la edad y el nivel de discapacidad son los mejores predictores para vivir con la familia y recibir ayuda. Sin embargo, destacan que las mujeres con alto nivel educativo prefieren vivir solas, en comparación con las de menor educación.

Para finalizar, el progresivo incremento de la población de Adultos Mayores, ha originado el desarrollo de programas y estrategias que faciliten su atención. En lo que se refiere a los de apoyo social, al desarrollarlos se debe considerar la participación de la familia, las características del individuo al igual que del proveedor de apoyo, así como tener perfectamente definido el objetivo de intervención.

1.6 Viudez.

Cuando se observan las características de la población en el país, dan cuenta de que existe una mayor población perteneciente al género femenino; por lo tanto las mujeres son las que tienen mayor posibilidad de convertirse en viudas (Sosa D., 1994). Las estadísticas lo confirman y señalan que tienen mayor posibilidad de experimentarlas incluso a una edad temprana, es decir, cuando aún les quedan muchos años de vida y son cuatro veces más propensas a enviudar que los hombres (Rage A., 1997). Lo que trae como consecuencia que su vida adquiera un nuevo significado, por lo que actividades como ordenar, responsabilizarse de las finanzas, cocinar, comprar, limpiar la casa, incluso despertarse adquiere nuevo significado. Además otros vínculos se debilitan como las relaciones con la otra parte de la familia, dicho de otra forma, la familia política (Belsky J., 1996).

Comúnmente se define como duelo o proceso de duelo a todo el conjunto de reacciones normales que se ponen en marcha cuando un individuo se enfrenta a una situación de pérdida por la muerte de un ser querido (Sosa D., 1994) y forman parte los siguientes componentes: A) la pérdida, supone distanciarse de una parte de la propia vida que estaba emocionalmente apegada; B) el dolor, implica las reacciones emocionales, cognoscitivas y perceptivas ante dicho evento; c) la recuperación, implica la reestructuración de la vida, así como utilizar los recursos de apoyo que permitan continuar sin la persona que ha muerto (Warner S. y Willis S., 2003).

En términos generales, a continuación se describen los factores que tienen relación con su evolución (Sosa D., 1994):

- El sexo de quien sufre la pérdida: Las mujeres como se había mencionado tienen una mayor probabilidad de sobrevivir a sus esposos. Aunque son pocas las investigaciones que incluyen muestras de viudos, han encontrado

que sufren consecuencias mas graves para la salud física al momento de experimentarla.

- El estado de salud y la movilidad física: Los niveles de depresión manifestados al inicio de la pérdida e inclusive un año después de la misma se relacionan con padecimientos como: enfermedades crónicas, presentar un bajo nivel de salud física así como una restringida actividad física.
- El apoyo social recibido: Es un importante mediador para la depresión, cuando se cuenta con los recursos suficientes.
- El nivel de sintomatología depresiva antes e inmediatamente después del evento: El nivel de depresión en el momento de la pérdida tiene un papel modulador de los niveles de depresión a largo plazo. Los estudios señalan que si el nivel de depresión después de dos meses de la pérdida es elevado se espera que los niveles de sintomatología depresiva más intensos y perturbadores a largo plazo (dos años), que si éstos son bajos o moderados en los momentos iniciales.
- El tipo y circunstancias de la muerte del ser querido: La existencia de un largo periodo de duelo anticipatorio como consecuencia de una muerte lenta y progresiva de la pareja no facilita el proceso que se lleva a cabo después.

Es difícil precisar el tiempo que durará el duelo, no obstante cuando se consideran los criterios para que su diagnostico se defina como normal se considera un periodo de al menos seis meses en el que se experimentan sentimientos como desorientación y soledad, posteriormente la intensidad de la sintomatología disminuye (Sosa D., 1994) y el individuo logra readaptarse a la vida cotidiana. Sin embargo, si rebasa dicho tiempo se le denominará como patológico y se experimenta de dos formas: la primera se presenta en aquellos casos en los que la aflicción por la pérdida dura mucho tiempo y la segunda se manifiesta cuando al inicio no existe ningún nivel de tristeza (Sosa D., 1994).

En términos generales la mayor parte de las investigaciones relacionadas con la viudez se concentran en alguna de las siguientes áreas: 1) intentan comprender al duelo mediante el uso de exámenes que evalúan los síntomas de aflicción así como el curso que adopta y 2) realizan una exploración de los factores que obstaculizan o ayudan a los individuos a superar la pérdida del cónyuge. Así mismo, una vez superado el periodo de duelo intenso examinan la vida cotidiana de las viudas y los viudos, poniendo énfasis en aspectos como: sus relaciones, satisfacción vital, las emociones y el estilo de vida (Belsky J., 1996).

Cabe destacar, que en la década de los sesenta algunos autores encontraron que los Adultos Mayores que quedaban viudos, mostraban un elevado riesgo de morir de forma temprana, en comparación de otros de la misma edad que no presentaban dicho estado civil. Probablemente el incremento en su muerte, se debe al deterioro físico producido por los efectos psicológicos que genera dicho evento.

Por último, según las investigaciones comúnmente los medios más utilizados para afrontar la muerte del cónyuge son los siguientes: hablar sobre la pérdida, aceptarla gradualmente, llorar, admitir el apoyo de los amigos ó familiares y esperar superar el evento con el paso del tiempo. Otros mecanismos empleados con menor frecuencia son: mantenerse ocupado en diversas actividades, pensar en los aspectos positivos que tuvo la relación, orientarse hacia las creencias religiosas ó filosóficas, desarrollar nuevos intereses y recordar constantemente a la persona querida (Warner S. y Willis S., 2003).

1.7 Jubilación.

La jubilación tal y como se conoce en la actualidad, es un fenómeno de la sociedad industrial moderna; surgió hasta el siglo XX impulsándose con mayor fuerza después de la Segunda Guerra Mundial porque el apoyo al ingreso se desarrolló rápidamente. Por lo tanto, el crecimiento de los planes de pensión

privados incrementó cuando las grandes empresas descubrieron que constituían una forma de atraer y retener a los mejores empleados. Así mismo, los sindicatos empezaron a luchar por una cobertura similar en sus negociaciones laborales. Cabe destacar, que las condiciones económicas favorables de los decenios de 1960-69 y 1970-79, ampliaron el sistema de prestaciones de la Seguridad Social (programa gubernamental de ingresos percibidos que proporciona prestaciones mensuales con base en las aportaciones que el individuo lleva a cabo durante los años en los que desempeñó el empleo) (Hansen L., 2003).

No obstante, antes de 1900 era tomada en cuenta para quienes tenían suficientes tierras u otros recursos que les permitían dejar de trabajar. Sin embargo, la percibían como una opción poco viable ya que la mayoría de las personas se autoempleaban y trabajaban hasta agotarse física y/o cognoscitivamente incluso hasta el momento de su muerte. El fenómeno del autoempleo se produjo porque asumirse como desempleado causaba sentimientos de temor.

A principios del decenio de 1960-69, surgió como una etapa de la vida en la mayoría de los trabajadores y se le consideró como un periodo de esparcimiento ganado a lo largo de los años.

En la actualidad, se observa que el tiempo de jubilación es más prolongado y el periodo de formación de los jóvenes presenta la misma característica, lo que origina que el de trabajo sea mas corto (Pérez S., 2004). En este aspecto, al retomar los antecedentes, mencionan que a principios del Siglo XX los individuos ingresaban a la fuerza laboral en la adolescencia, algunos si lo preferían se jubilaban alrededor de los sesenta y cinco años, posteriormente esperaban por poco tiempo el final de la vida (Hansen L., 2003).

Al envejecer los deterioros a nivel físico y cognoscitivo repercuten en la capacidad y rapidez de respuesta ante las exigencias del trabajo, lo que origina una disminución en los niveles de productividad y en muchos casos el incremento en

los riesgos laborales (Ham C., 2003). Por lo tanto, se hace necesaria la jubilación e implica que el individuo se adapte a una serie de cambios, los cuales van en función de la pérdida de un papel fundamental para el desarrollo de una sociedad, además al desempeñar un empleo realizaba una serie de actividades que lo hacían sentir productivo. En contraparte, al ser jubilado inicialmente percibe que su vida carece de un propósito específico, así como de un menor número de actividades por realizar, falta de convivencia con amigos y compañeros de trabajo, bajo ingreso económico, entre otros. Es fundamental considerar, que uno de los aspectos positivos de dicho periodo se refiere a la reducción en los niveles de estrés.

Por su parte, el significado que los individuos le otorgan al trabajo aparentemente cambia con la edad, es decir, los Adultos Mayores valoran en gran medida aspectos intangibles del mismo, como son la satisfacción e inclusive la amistad y hacen menos énfasis en particularidades como las finanzas.

Rage A. (1997) señala que particularmente para los hombres, la jubilación ya sea forzada ó deseada, significa la pérdida de papeles significativos de productividad, aunado al deterioro ó ruptura de relaciones que fueron significativas a lo largo de la vida adulta.

Por su parte, Gonzalo S. (2002) menciona que existen dos posturas que describen la percepción del Adulto Mayor al enfrentarse a esta etapa y son las siguientes: 1) los que la reciben con alegría y 2) los que la asumen con desagrado. En la primera, se sienten liberados del trabajo cotidiano y estresante. Inicialmente es muy frecuente que el inmenso tiempo libre del que disponen lo tomen como un periodo vacacional y lo utilicen permaneciendo largo tiempo en la cama, viendo la televisión, escuchando música, entre otras; pero si éste dura mucho tiempo resulta muy perjudicial trayendo como consecuencia la falta de interés por la vida. Por su parte los que asumen la segunda postura, al momento de enfrentarse al evento experimentan un periodo depresivo, porque el trabajo que daba sentido a su vida y

del que recibían tantas satisfacciones como influencia social y un adecuado nivel económico, tuvieron que abandonarlo y cambiarlo por un sentimiento de inutilidad. La depresión concluye en la medida en que organizan sus futuras actividades.

De tal forma, la jubilación se concibe como un fenómeno complejo y la experiencia que cada persona tenga de ella así como la forma en que se responda, depende de distintas variables, por ejemplo la decisión, es decir, en qué momento es oportuno retirarse de la actividad laboral. En este sentido, Palmore (1985, citado en Hansen L., 2003) señala que existen principalmente cinco indicadores, a continuación se describen:

- ◆ Salud.
- ◆ Condición socioeconómica.
- ◆ Características demográficas (edad, estado civil, cantidad de dependientes económicos).
- ◆ Aspectos laborales (autoempleo, cobertura de pensión).
- ◆ Actitudes hacia el trabajo y la jubilación (insatisfacción laboral, presión para jubilarse).

Respecto a la condición económica, Buendía J. y Riquelme A., (1994) argumentan que el temor que presenta el jubilado respecto a la falta de dinero para mantener el nivel de vida que llevaba al desempeñar el empleo, en ciertos casos se convierte en un problema que puede generar alteraciones psicológicas, sobre todo si la pensión resulta insuficiente y poco adecuada a su categoría profesional.

Matthews y Brown (1987, citados en Buendía J. y Riquelme A., 1994) realizaron un estudio en la Ciudad de Ontario con el propósito de identificar las características de aquellas personas para quienes la jubilación había sido un acontecimiento estresante. El perfil encontrado fue el siguiente: a) personas con condición económica baja, b) experimentar situaciones difíciles a lo largo de su vida y c) enfrentarse a la jubilación de forma inesperada e involuntaria

Por otra parte, una segunda variable tomada en cuenta para su estudio es la adaptación que el individuo lleva a cabo, la cual requiere de cierto tiempo.

Atchley (1976, 1988, citado en Hansen L., 2003) al realizar varias investigaciones obtuvo como resultado la identificación de las fases del retiro laboral:

1. Prejubilación: Comprende la preparación y la decisión de jubilarse así como la formación de las expectativas de lo que será la misma.
2. Jubilación Real: Inicialmente consiste en experimentar alegría por haberse liberado del trabajo. Sin embargo, no todas las personas sienten lo mismo ya que algunos establecen rutinas y otros solo descansan.
3. Desencanto: Es la etapa en la que aparecen los problemas por la falta de intereses.
4. Reorientación: El individuo jubilado se adapta al encontrar nuevos propósitos y actividades que ocupan el lugar del trabajo, mismos que contribuyen al establecimiento de una rutina de satisfacción.
5. Termina: Se experimenta de tres formas, con el regreso al trabajo, la discapacidad o la muerte.

En este contexto, es importante tomar en cuenta que estas etapas se presentan como una progresión, las cuales pueden ajustarse o no, a la realidad de los individuos jubilados. Por su parte, en un estudio Thompson (1958, citado en Lehr U., 2003) relacionó la previsión del estado de jubilación (en la que contemplaba anticipadamente el curso del proceso de adaptación) con la situación de asumirse como jubilado. En los resultados, encontró que una actitud positiva ante el retiro de la vida laboral, junto con un alto grado de orientación sobre las realidades específicas asociadas con el y la existencia de planes para este periodo, facilitan la adaptación al retiro laboral. Es fundamental tomar en cuenta que adaptarse se da conforme pasa el tiempo ya que las personas organizan sus actividades. De esta forma, se le debe ayudar al Adulto Mayor para que al retirarse elija una actividad que tenga alguna conexión con su labor anterior (Rage A., 1997). Por

ejemplo las recreativas pueden tener un propósito, es decir, orientarse a determinadas metas. Es posible que la jubilación se tome como un periodo de descanso, pero también como una etapa de estudio y realización personal (Hansen L., 2003).

En términos generales, los estudios que han abordado el tema de la adaptación, dieron como resultado los siguientes planteamientos (Hansen L., 2003):

- ⊙ Las respuestas individuales al retiro laboral varían ampliamente.
- ⊙ La jubilación puede ser una fuente de tensión o de satisfacción.
- ⊙ La capacidad de afrontamiento depende de las habilidades aprendidas.
- ⊙ Quienes han conservado un equilibrio entre trabajo, esparcimiento, familia y otros papeles experimentan menos perturbaciones, en comparación de los que han desarrollado excesivamente un papel laboral.
- ⊙ La planeación previa al evento se vincula con un ajuste más exitoso.
- ⊙ Los recursos personales (ingreso suficiente, buena salud, sistema de apoyo social así como un nivel ocupacional elevado) son de importancia crucial para adaptarse.

En lo que se refiere a la planeación previa, existe una amplia disponibilidad de programas considerados muy favorables para los individuos que la contemplan. Por lo tanto, evitarán dificultades y aprovecharán las oportunidades que aumenten la probabilidad de una buena adaptación a este proceso.

Una preparación realista, podría evitar en gran medida, la desilusión que experimentan algunas personas al principio del segundo año transcurrido como jubilados. Es fundamental que las estrategias se vinculen a los intereses y necesidades del individuo, para orientarlo a una vida satisfactoria (Belsky J., 1996).

Para los Adultos Mayores el problema consiste en cómo mantenerse interesado por el futuro, sentirse parte de la sociedad e influir en ella y se consiguen mediante el cumplimiento de alguna función que tenga valor, así como el nuevo planteamiento de un objetivo en la vida. Cabe señalar, que las actividades que realice tienen que encontrarse libres de las presiones de la sociedad competitiva. Es conveniente mantenerlos activos el mayor tiempo posible y en caso de no poder desempeñar tareas relacionadas con la actividad profesional se sustituirán por otras ocupaciones, con lo que se evitaría un corte brusco en su vida y que se perciban como personas inútiles y remplazadas.

En el estudio realizado por Ash, Campione y Ekerdt (1966, 1988, 1995, citados en Lehr U., 2003) se investigó la relación entre la orientación hacia el futuro y la actitud ante la jubilación. Se comprobó que aquellos individuos que tenían planes concretos para el tiempo después de la misma, aunados a expectativas más positivas, se adaptarían con mayor facilidad, que aquellos que no lo hacían. Así mismo, una mayor cantidad de información acerca de pensiones, seguros, entre otros, contribuye a que la asuman de forma positiva.

En conclusión, la jubilación en el plano social ayuda a resolver el problema del desempleo entre los trabajadores más jóvenes, es decir, permite que éstos ingresen a la fuerza laboral; en el individual, se le puede considerar como una etapa que se caracteriza por autonomía, libertad y tiempo libre con el que se realizan algunas tareas que durante algunos años no se pudieron llevar a cabo por las responsabilidades familiares y laborales.

1.8 Actividades de la Vida Diaria.

Cotidianamente el Adulto Mayor necesita de una serie de habilidades que le permiten cuidarse y enfrentarse a las demandas del entorno, ambos factores son determinantes para la salud y el bienestar. Sin embargo, cuando el individuo es incapaz de desenvolverse de forma independiente, comúnmente la familia es la

que proporciona el apoyo mediante cuidados, por lo tanto cada uno de los miembros organiza sus horarios y actividades. Cabe destacar, que algunas condiciones requieren de cierto nivel de ayuda por ejemplo empujar un mueble muy pesado, pero éstas u otras no lo hacen dependiente.

Si se toman en cuenta los aspectos funcionales en los que se desenvuelve, el más importante se encontraría formado por el número de actividades que logra desarrollar en la vida cotidiana. Bajo dicha premisa, Fillenbaum (1984, citado en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) define las actividades de la vida diaria como: *“la capacidad para valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana”* P. 151 y se dividen en dos grupos:

- ✿ Básicas: Comer por sí solo, bañarse, usar el servicio, vestirse, movilidad (desplazamientos en interiores y exteriores próximos) así como el arreglo personal.
- ✿ Instrumentales: Cocinar, limpiar la casa, utilizar el transporte público, manejar el dinero, realizar compras, utilizar el teléfono, cuidar y lavar la ropa, desplazarse (casa, transporte público, viajar, etc.).

En este aspecto, se llevo a cabo un estudio en el que participaron 516 Adultos Mayores con edades comprendidas entre los 70 y los 105 años. Se les pidió que contestaran el cuestionario “La Entrevista de Ayer” elaborado por Baltes M. M. y colaboradores (1997 y 1998, citados en González-Celis, 2002) diseñado para medir aspectos como: frecuencia, duración, variedad, contexto social y físico de las actividades. La información que se obtiene es la relacionada con el día anterior desde que inicia hasta que concluye, describiendo la secuencia de las mismas, así como su duración y frecuencia. Se clasificaron en 44 actividades con 5 categorías que son las siguientes:

- ❖ Autocuidado y actividades domésticas: Básicas e instrumentales como levantarse, auto-cuidado, comer, ir de compras, tareas hogareñas, interacciones formales y cuidados médicos.
- ❖ Tiempo libre físico: Incluye cualquier clase de esfuerzo o demanda física por ejemplo jardinería, deportes, trabajar, caminar, hacer excursiones y trasportarse.
- ❖ Actividades culturales y sociales: (Creativas, políticas, religiosas o de interés social) escribir, leer, jugar, escuchar radio ó música, platicar, hacer visitas, hablar por teléfono, ayudar.
- ❖ Ver televisión
- ❖ Descanso o dormir durante el día: Actividades pasivas y dormir.

Los resultados indican un alto porcentaje de tareas obligatorias. La que ocupó la mayor parte del tiempo libre fue ver televisión. La mayoría, las realizaron solos y en interior del hogar. La edad y el lugar de residencia tuvieron una alta asociación con la frecuencia, duración y variedad de actividades. Los Adultos Mayores de mayor edad y los que vivían en Instituciones, llevan a cabo un bajo nivel de tareas.

Algunos autores mencionan que la principal relación entre la ejecución real del Adulto Mayor en las actividades de la vida diaria y su nivel potencial, se determina por variables cognoscitivas, relativas a los estereotipos ó a las creencias erróneas relacionadas con la Vejez.

En lo que se refiere a los prejuicios, se considera a las personas envejecidas como individuos dependientes, particularmente cuando presentan alguna disfunción física (ej. deterioro visual). Por lo tanto, las personas que se encuentren en el entorno lo tratarán con cuidados sobreprotectores lo que trae como consecuencia que pierda varias oportunidades para realizar de forma independiente sus actividades de la vida cotidiana. El problema mencionado aumenta la discapacidad de la persona de edad avanzada por las bajas expectativas que la sociedad atribuye sobre su autonomía. No obstante, la

“plasticidad conductual”, es decir, la posibilidad que tiene el individuo durante la última etapa de la vida para adquirir o readquirir conductas para la vida diaria mediante estrategias de enseñanza y manipulación ambiental, ayuda a reducir el nivel de dependencia que obstaculiza al Adulto Mayor llevar a cabo sus actividades. Además las estrategias pueden unirse a las adaptaciones ó ayudas físicas que se le proporcionen, por ejemplo, si el individuo no logra bañarse por si mismo debido a que corre el riesgo de caerse, entonces se le pueden instalar agarraderas que le proporcionen soporte en el momento de desplazarse hacia la regadera lo que originará el incremento en la seguridad para llevar a cabo la actividad.

Por su parte, la intervención psicológica en el área de la autonomía funcional de la Vejez, se ha desarrollado desde una perspectiva teórica fundamentada en la capacidad que tiene el Adulto Mayor para recuperar ó aprender hábitos de autocuidado personal y ambiental. Los programas tienen como objetivo optimizar los repertorios conductuales existentes en el individuo (Fernández- Ballesteros et. al., 1992), así como utilizar prótesis, adaptación de materiales, técnicas, tareas y asistencia personal, con el propósito de obtener su máximo nivel de independencia. Es fundamental tomar en cuenta que al elaborar los procedimientos, consideren que deben ser capaces de distinguir entre la ausencia ó la disminución de las habilidades para la vida diaria, así mismo se delimitará cada variable del autocuidado.

Para finalizar, la Psicología en el plano de la Gerontología aporta procedimientos de evaluación y estrategias de intervención que contribuyen de forma eficaz a la promoción y rehabilitación de la competencia funcional de los Adultos Mayores, con lo que se promueve el bienestar personal.

CAPÍTULO II

CALIDAD DE VIDA

En los últimos años la natalidad ha descendido de manera considerable en los países desarrollados lo que ha originado un incremento importante de los Adultos Mayores, mismos que no solo son más numerosos sino que cada vez presentan más edad (Pérez S. 2004).

El proceso de envejecimiento de la población se encuentra determinado por el progresivo descenso de la fecundidad y la disminución de la mortalidad que trae como consecuencia una mayor esperanza de vida.

Cabe señalar, que una parte importante de la población senil vive en la pobreza, la enfermedad y el aislamiento social (Pérez S., 2004). Frecuentemente su condición de vida se encuentra caracterizada por: carencia de servicios sociales, de salud, vivienda, infraestructura sanitaria y desnutrición (Velarde J. y Ávila F., 2002).

Por lo tanto, el principal objetivo es la mejora de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, la cual se determina en gran parte por las características del medio en el que se desarrolló el individuo a lo largo de su vida (Hernández Z. 1997). En este sentido, Sánchez-Sosa y González-Celis (2006) mencionan *“no es posible establecer un parámetro de Calidad de Vida igual para todos los individuos y para todas las sociedades, ya que aquélla se determina tanto por criterios externos y normas de las condiciones objetivas de una buena Calidad de Vida como por los mismos individuos a partir de sus propias valoraciones o percepciones sobre su vida y condiciones circundantes”* P. 474.

De esta forma, el valor que cada persona le atribuye se determina por la percepción, definida por las expectativas y la influencia de las circunstancias, el nivel de comparación entre los individuos, las actitudes, las necesidades, el ambiente, la cultura y los criterios personales; dejando a un lado la objetividad de las condiciones reales. Además como señalan Levi y Anderson (1975, citados en Palomar L., 2005) *“cuando se considera algo bueno o malo, siempre debe preguntarse para quien lo es y en que contexto, en que sentido y cuando”* P. 115.

La Calidad de Vida tanto para los Adultos Mayores, como para el resto de los individuos es un concepto complejo de definir debido a que comprende diversas variables y factores; no obstante es un aspecto de alta demanda porque se necesitan mejores condiciones de vida (Pérez S., 2004).

En la actualidad existe un progresivo consenso entre la mayor parte de los investigadores en temas como: la definición, aspectos para su medición así como sus aplicaciones teóricas (Gómez-Vela M. A., Verdugo y Canal R., 2002). Su estudio se ha manejado desde una perspectiva multidisciplinar y las aportaciones mas importantes son las siguientes: la Demografía (estadísticas en el crecimiento de la población de los Adultos Mayores), Economía (orientada a resolver cuestiones como ¿los recursos financieros serán suficientes para cubrir las necesidades de los jubilados?), Ciencias Sociales (estereotipos relacionados a la Vejez), Política (diseño de programas financieros y de salud, construcción de viviendas con características adecuadas) y las Ciencias de la Salud (prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas que originan en el individuo incapacidad y la promoción de conductas saludables). Cabe destacar, que los datos obtenidos en su mayoría han sido a nivel cuantitativo, es decir, solo muestran indicadores objetivos y bajo esta premisa la Calidad de Vida puede considerarse como el grado de satisfacción en las necesidades materiales y no materiales que la sociedad determinaba, lo que excluía el carácter subjetivo de los individuos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

En lo que respecta a la medición subjetiva, la Psicología propuso indicadores para definirla así como la integración de variables que no se tomaban en cuenta. En este sentido, autores como González-Celis & Sánchez-Sosa (2003) mencionan que *“la Calidad de Vida como objeto de estudio de la Psicología, se perfila como componente central del bienestar humano relacionado a su vez con la salud, el afrontamiento, la solución de problemas, el control, la autoeficacia y el desarrollo de habilidades sociales”* P.43, lo que origina que otros aspectos psicológicos del individuo como: la relación con su familia, el éxito en la escuela ó el trabajo, las relaciones de pareja, la realización personal y los estilos saludables, entre otros, funcionen mejor.

Por lo tanto, las intervenciones están orientadas a propiciar un estado de bienestar, el cual incluye tres áreas: el comportamiento (lo que hace) las cogniciones (lo que piensa) y las emociones (lo que siente).

En términos generales, la mayoría de los autores coinciden en que no existe una definición universal, no obstante una acertada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretada en 1991 y es la siguiente: *“la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”* (Nieto M. et. al., 2004 P. 71). En este aspecto, Palomino y López (1997, citados en Garduño L. y Garza S. 2005) afirman que *“consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente en el cual se vive”* P.238

El concepto mencionado es extenso, debido a que incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, entre las que destacan la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias personales, así como el medio ambiente.

En la actualidad Gloria Pérez S. (2004) la define como *“aquella que se funda en el gozo tranquilo y seguro: de salud y educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la dignidad y la seguridad”* P. 22. De esta forma, menciona que cada uno de los elementos es importante y la ausencia de uno solo puede alterar la subjetividad de la Calidad de Vida.

Así mismo, el término ha sido vinculado a otros conceptos como son: satisfacción, bienestar y felicidad en los que la objetividad de las condiciones de vida se proyectan a través de las expectativas, motivos, sentimientos así como en los valores de los individuos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Aunque las definiciones varían, es importante señalar que abarca tres dimensiones globales y son las siguientes (Lehman A. F., 2000):

- Ψ El estado funcional, es decir, todo aquello que el individuo es capaz de hacer.
- Ψ El acceso a los recursos y oportunidades con los que se puedan utilizar las habilidades para conseguir los intereses.
- Ψ La sensación de bienestar, relacionada con el nivel de satisfacción.

Dentro de las dimensiones globales se han identificado distintos dominios de vida como son: salud, familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Lehman A. F., 2000). Como se observa, las dos primeras se refieren a la Calidad de Vida objetiva que se refiere al grado en que una vida cumple con los estándares explícitos de “buena vida”, es decir, como si la evaluara un observador imparcial externo. Por su parte, la última es subjetiva y se orienta a las autovaloraciones basadas en criterios implícitos. De esta forma, ambas categorías no necesariamente requieren tener el mismo nivel, por ejemplo un individuo puede presentar una óptima salud según un criterio médico, pero sentirse mal en su interior (Veenhoven R., 2005).

Por otra parte, varios autores argumentan que son diversos los dominios que componen la Calidad de Vida. En este contexto Hughes, Hwang, Kim, Eisenman y Killian (1995, citados en Gómez-Vela M. A., Verdugo y Canal R., 2002) analizaron 87 estudios empíricos relacionados con el concepto; con los datos encontrados propusieron una lista de 15 dimensiones que aparecen con más frecuencia: relaciones e interacción social, bienestar psicológico y satisfacción personal, empleo, autodeterminación, autonomía y elección personal, ocio y tiempo libre, competencia personal, ajuste comunitario y habilidades para la vida independiente, ambiente residencial, integración comunitaria, normalización, apoyo recibido de los servicios, indicadores sociodemográficos individuales, desenvolvimiento y realización personal, aceptación social, estatus social y ajuste ecológico, bienestar físico y material por último la responsabilidad cívica.

En términos generales, Cummis (1997, citado en Reig P. y Garduño E. 2005) señala que las diversas investigaciones relacionadas a la de Calidad de Vida, han presentado hasta 170 dominios de los cuales casi el 85% de los individuos coinciden particularmente en los siguientes cinco: bienestar emocional, salud, intimidad, bienestar material y productividad.

Por su parte, González-Celis (2005) menciona que abarca un conjunto de componentes que van desde la salud de los individuos hasta el grado de riqueza material, así como la libertad, la justicia, el conocimiento, el uso del tiempo libre, la autorrealización y las condiciones ambientales propicias para el desarrollo humano. En lo que respecta a los Adultos Mayores, un estudio realizado por Ribera (1992, citado en Garduño L. y Garza S., 2005) encontró que la variable relacionada a la salud es la de mayor importancia para su Calidad de Vida.

Otro aspecto importante son los factores que influyen en la Calidad de Vida. En este sentido, el grupo de trabajo de la OMS mediante un estudio multicéntrico, identificó a nivel general los siguientes: sentimientos positivos, actividades de la vida diaria, energía/fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo,

autoestima, actividades de ocio, relaciones personales, dolor y disconfort, sueño y descanso (Nieto M. et. al., 2004). A nivel social, Gómez-Vela M. A., Verdugo y Canal R., (2002) señalan factores como: empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente, entre otros que conforman el entorno social y que intervienen en el desarrollo humano de la comunidad. De esta forma, Moreno A., Méndez P., Mancillas M. A. y Gutiérrez R. (2001, citados en Velarde J. y Ávila F., 2002) realizaron un estudio en el que participaron las 25 ciudades mas grandes de la República Mexicana, se conformó un población de 5,504 personas que respondieron un cuestionario de forma aleatoria. Los participantes proporcionaron una calificación a sus respectivas ciudades en las siguientes categorías: oportunidades de empleo, vivienda, seguridad pública, servicios de salud, educativos y públicos, calidad del aire, actividades y centros culturales, trámites con autoridad local, infraestructura urbana, áreas verdes y parques, por último el abasto de bienes básicos. El promedio de los 12 rubros mencionados proporcionó un índice general de Calidad de Vida de 6.8. Los resultados, reportaron a la ciudad de Aguascalientes en primer lugar con un porcentaje de 7.9; en contraparte la ciudad de México obtuvo 5.4% ubicándola en último lugar.

2.1 Antecedentes.

Desde la antigüedad, las sociedades se han preocupado por mejorar la Calidad de Vida mediante acciones enfocadas a mejorar las condiciones de salud, ambiente y cubrir necesidades como alimentación, vestido, calzado, entre otras. Cabe destacar, que a pesar del tiempo y la importancia el estudio, la definición del concepto y la evaluación científica, es relativamente reciente.

El término Calidad de Vida ha recorrido un largo camino, desde que empezó a utilizarse en ámbitos sociolaborales como indicador de rendimiento (calidad del producto), hasta su introducción en el campo de la sanidad, en donde se aplicó a la gestión y a la evaluación de la rentabilidad económica de determinados

procesos. Más tarde el término se incorporó a la clínica para justificar la intervención terapéutica (Nieto M. et. al., 2004).

En los siglos XVI y XVII las sociedades rechazan al proceso de envejecimiento porque se le concibe como una etapa de deterioros, lo que da como resultado cuestionarse sobre sus posibles causas, con el propósito de evitarlo. El área de Bienestar Social nace y se desarrolla en el siglo XVIII, basada en el pensamiento de la Ilustración en el que se destacan los valores centrales de la época como son: la autorrealización y la felicidad; por lo tanto, surgen los principios de la investigación relacionada a la Calidad de Vida. En el siglo XIX la sociedad continúa preocupándose por proporcionar a un gran número de individuos condiciones adecuadas de vida, lo que origina que se vincule con factores económicos y sociales (González-Celis, 2002).

Después de la Segunda Guerra Mundial, con el establecimiento de los estados parlamentarios y la instauración de la economía de mercado, nace el Producto Interno Bruto (PBI) como una medida incompleta de la Calidad de Vida, lo que origina que se le asocie al desarrollo económico. En 1954, en el *Informe sobre la definición y evaluación de los niveles de vida a nivel internacional*, se realizó la distinción entre *estándar de vida* (condiciones de existencia a las se aspira) y el *nivel de vida* (situaciones reales) (González-Celis, 2005).

En 1960 las consecuencias de la industrialización social se relacionan con el bienestar humano, lo que da como resultado la necesidad de medir la Calidad de Vida mediante el uso de datos objetivos. En este aspecto, las Ciencias Sociales inician el desarrollo de los siguientes indicadores: ingresos, tasas de mortandad infantil, esperanza de vida, hábitos de consumo, factores medioambientales etc., con los cuales es posible medir el bienestar social de una población (Garduño L. y Garza S., 2005).

De esta forma en 1966, el presidente de Estados Unidos Lyndon B. Johnson utiliza de forma pública el término Calidad de Vida (González-Celis, 2005) y a finales de 1970 se llevan a cabo numerosas investigaciones relacionadas con el tema, siendo el líder el país mencionado seguido por: Canadá, Gran Bretaña, Alemania, Francia, países escandinavos, Japón, entre otros. Una investigación destacada es la realizada en los países escandinavos en la que utilizaron a nivel nacional, encuestas que abordaban los elementos básicos del bienestar humano en sociedades avanzadas e industrializadas. El primer estudio fue la encuesta sueca respecto al nivel de vida, llevada a cabo en 1968. El segundo fue comparativo y se realizó en 1972 por el Grupo de Investigación de Sociología Comparada de la Universidad de Helsinki, apoyado por los consejos de investigación de dichos países. Es importante señalar, que el estudio escandinavo en relación con el bienestar, proporcionó un sistema más amplio de indicadores para describir el nivel y Calidad de Vida, así mismo es un sistema más flexible porque permite introducir nuevos componentes y medidas cuando la sociedad cambia; en comparación con el modelo sueco (González-Celis, 2005).

En resumen, Setién (1993, citado en Garduño L. y Garza S., 2005) señala que el interés por el estudio de la Calidad de Vida tuvo su origen en diferentes factores:

- ⇒ Particular énfasis en el desarrollo económico como elemento fundamental del bienestar.
- ⇒ Interés en aquellos países con niveles de desarrollo económico bajo.
- ⇒ Reconocimiento de las limitaciones del enfoque económico y la necesidad de incorporar otras aproximaciones y metodologías para el estudio del bienestar de los individuos.
- ⇒ El impacto en la sociedad así como en sus individuos, resultado del desarrollo económico.
- ⇒ Requerir información acerca de los estados de bienestar para la planificación y establecimiento de políticas sociales.

2.2 Paradigmas.

Los modelos de Calidad de Vida se construyen para sociedades y momentos definidos. A continuación se describen los paradigmas desde los cuales se ha abordado:

2.2.1 Económico:

Algunos modelos económicos han contribuido a la definición del concepto con el objetivo de incrementar diversas variables como el Producto Interno Bruto (PBI), con el propósito de mejorar los niveles y condiciones de vida de la población. Cabe destacar, que medidas como el Producto Nacional Bruto (PNB), el comercio exterior (importaciones y exportaciones), el porcentaje de población activa, entre otras, son medidas insuficientes porque su estudio incluye un gran número de factores. De esta forma, el concepto de Calidad de Vida sustituye las necesidades básicas (ej. vivienda, vestido, salud, empleo, etc.) y los niveles de bienestar por las de existencia, en donde culmina el nivel objetivo y subjetivo que las define. En este sentido, González-Celis 2005 menciona: *“la creación y satisfacción de necesidades depende de la forma como una cultura percibe su medio ambiente, se apropia de sus recursos, los transforma para generar satisfactores y los consume para alimentar su vida y reproducir su cultura”* P. 265.

2.2.2 Ambientalistas:

El medio ambiente se mide a través de los contaminantes existentes en el aire, el agua y el suelo porque traen como consecuencia la extinción de las especies animales y vegetales, además afecta la salud de los individuos que influye directamente en la Calidad de Vida. Por lo tanto, el modelo incorpora variables ecológicas como: el grado en el que la industrialización y la urbanización deterioran al ambiente, el nivel de contaminación en diferentes sectores, el adelgazamiento de la capa de ozono, la pérdida de la biodiversidad, entre otros. Así mismo, incluye el espacio social-urbano, relacionado con la vivienda y su entorno, por ejemplo la disponibilidad de los servicios de agua y drenaje.

2.2.3 De las Necesidades Básicas:

Las condiciones de vida se definen como el grado de satisfacción de las necesidades básicas. En este sentido, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (González-Celis,2005) menciona que incluye las siguientes: A) alimentación balanceada que corresponda a cada cultura, es importante señalar que no sólo basta la cantidad sino que se cuente con la energía y los medios para prepararlos y consumirlos; B) optimización de la salud, en la que se incluye higiene a nivel personal y del hogar así como el acceso a los servicios; C) una vivienda con espacios adecuados a la familia, construida con materiales de alta calidad y que asegure la protección y la privacidad además que cuente con los servicios de agua potable, drenaje y electricidad; D) socialización y educación básica que aborde la que se proporciona en el hogar y la sociedad, además la educación para la salud, la orientación sexual y la capacitación para el trabajo; E) información recreación y cultura, se toman en cuenta los recursos familiares, acceso a las instalaciones y la disponibilidad del tiempo libre; F) vestido, calzado y cuidado personal; G) transporte público; H) comunicaciones básicas; F) seguridad respecto al acceso a los satisfactores básicos a lo largo de la vida sin importar la situación o las condiciones de riesgo en las que se encuentre el individuo, por ejemplo enfermedades, incapacidad, desempleo, Vejez, orfandad, viudez, abandono, entre otras.

2.2.4 De Salud:

Es necesario identificar los indicadores positivos a nivel físico, mental y social así como los de bienestar, con los cuales se logre medir el estado de salud y el nivel de Calidad de Vida presentado. No obstante, se han tomado en cuenta los siguientes: para la salud física las tasas de natalidad, morbilidad, mortalidad, el número de días de hospitalización, los porcentajes de ocupación de camas y vacunación de la población, la esperanza de vida, el número de años de vida saludable, años de vida de incapacidad, entre otros; en cuanto a los factores que intervienen con el bienestar social y mental las tasas de suicidio, homicidio, actos

de violencia, accidentes de tráfico, delincuencia juvenil, ingestión excesiva de alcohol y drogas, tabaquismo, consumo de tranquilizantes y obesidad.

2.2.5 Psicosociales:

La Calidad de Vida depende en gran medida de las circunstancias socioeconómicas y en algunas sociedades sirven de base para su evaluación las siguientes variables: disponibilidad de alimentos, agua, vivienda, trabajo, medios educativos, culturales, sanitarios, entre otros. En este sentido, existen otras que tienen como propósito influir, por ejemplo: el nivel educativo y cultural, las condiciones del medio, etc., establecidas en función de factores psicosociales y de salud mental. Cabe destacar, que algunos indicadores sociales todavía no han sido desarrollados y son fundamentales para evaluarla, por ejemplo el grado de autodeterminación de la comunidad, la productividad social y económica así como la reducción de las diferencias en la distribución de los recursos de salud. Por lo tanto, se requieren realizar investigaciones que tengan por objetivo definir la Calidad de Vida en la que se puedan describir las características de cada cultura. Así mismo, es importante destacar los aspectos psicosociales que deben considerarse en la evaluación, tanto en individuos sanos como enfermos, además agregar las variables del entorno físico/social y los factores psicológicos individuales.

2.2.6 Filosóficos:

Las necesidades humanas son de gran importancia al abordar los modelos de Calidad de Vida. Mediante la satisfacción de las necesidades básicas los individuos logran sobrevivir, evitar la miseria y relacionarse con otras personas con lo que se previene el aislamiento. En este sentido, la Psicología define a la necesidad como la vivencia de un déficit que motiva al individuo a buscar en el medio exterior e interior la satisfacción de ésta carencia. De esta forma, surge la siguiente cuestión: ¿la Calidad de Vida debe orientarse hacia la satisfacción ó a los recursos? si se le atribuye mayor importancia a los últimos entonces se le proporciona mas valor a las capacidades que tiene el individuo para satisfacerlos

(la capacidad se entiende como la habilidad para lograr un funcionamiento) lo que traerá como consecuencia resultados poco favorables para él. Por último, el tener, amar y ser son condiciones ineludibles para el desarrollo y la existencia humana que dan como resultado el incremento de la Calidad de Vida.

2.3 Evaluación y Medición de la Calidad de Vida.

Al inicio de la evaluación de la Calidad de Vida, se debe reconocer que es un concepto multidimensional que incluye variables como el estilo de vida, la vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como la situación económica, lo que da como resultado conceptualizarla de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían en cada individuo, grupo y lugar (Velarde J. y Ávila F., 2002).

El individuo que desea evaluarla, inicialmente percibe las circunstancias de su vida, posteriormente valora si éstas son satisfactorias o no y finalmente establece posibilidades de mejora (Reig P. y Garduño E., 2005).

Los primeros análisis pueden clasificarse en dos grupos: 1.- Mayoritario, su objetivo fue elaborar una lista de las características que abarca la Calidad de Vida, a continuación se presenta: a) sociales (condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario ó vivienda), b) psicológicos (relaciones subjetivas del individuo a la presencia ó ausencia de determinadas experiencias vitales), c) ecológicos (ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente); 2.- Minoritario, que pretendía comprender cómo el individuo construye su concepto personal de Calidad de Vida, su metodología se basó en los modelos dinámicos (ej. Maslow 1954). A partir de estos enfoques se elaboraron modelos basados en la distinción de criterios subjetivos y objetivos para investigarla (Nieto M. et. al., 2004; Gómez-Vela M. A., Verdugo y Canal R., 2002).

De esta forma, cualquiera que sea el modelo de Calidad de vida que se utilice, es fundamental realizar un análisis de indicadores objetivos y subjetivos, que son cuantificables mediante distintos tipos de escala. Además de clasificarse en las categorías mencionadas, es posible distinguir los descriptivos (únicamente estadísticos) y los evaluativos nombrados también analíticos porque se basan en un modelo y perfilan las hipótesis acerca de las relaciones futuras (Nieto M. et. al., 2004). En síntesis, la Calidad de Vida evalúa además de los aspectos físicos o económicos, psicológicos, sociales y personales, así como el bienestar y el ambiente en el que viven los individuos. Por lo regular la evaluación se realiza mediante dos formas: A) Externa, se produce cuando un investigador experto en el tema utiliza criterios externos con los que mide las características que poseen las personas que reflejan su Calidad de Vida. Al inicio, establece indicadores objetivos por ejemplo: escolaridad, nivel económico, estado de salud, condiciones de vivienda, alimentación, entre otras; B) Interna, básicamente los individuos emplean la percepción respecto a su bienestar subjetivo, aunada a las valoraciones correspondientes a las condiciones de vida y la importancia que tienen en la misma (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

En términos generales, Lehman A. F. (2000) señala que la medición de la Calidad de Vida ha sido abordada desde las siguientes categorías:

- ✦ En general: Consiste en la valoración que el individuo hace de su vida en relación con la satisfacción de los diversos componentes que la integran, por ejemplo: salud, alimentación, vivienda, trabajo, entre otros.
- ✦ Relacionada a la salud: Proporciona la medición de diversos aspectos que contribuyen a que perciban el nivel de bienestar ó malestar en su vida así como con su salud; incluye la función física, el estado psicológico, las interacciones sociales y los síntomas físicos. Abarca cinco áreas principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Cabe destacar, que sólo especifican las dimensiones que se deterioran a lo largo del proceso de enfermedad debido a que la salud se define en función de su grado, por lo tanto la literatura actual sobre Calidad de Vida relacionada a la

salud aborda la percepción de los pacientes acerca de su estado. En conclusión, se requieren diversas formas de medición en las que se exprese lo que les ocurre a los individuos con enfermedades específicas y los escenarios en los cuales desarrollan su vida. Un ejemplo puede ser la relación que tiene el paciente con el equipo de salud.

✦ Relacionada con la enfermedad específica: Engloba aspectos emocionales de los pacientes, derivados del proceso de enfermedad y las consecuencias que tienen los tratamientos. Además señala los problemas producidos por: adherencia terapéutica, las dificultades vinculadas con la autoimagen, la adaptación ante la enfermedad, la recuperación de la salud, entre otros. Sugiere diferentes componentes psicológicos de la Calidad de Vida como son: estar libre de preocupaciones acerca de la salud, un elevado nivel de energía, una vida interesante y satisfactoria, un buen estado de ánimo, cierto control sobre las emociones, entre otras.

Por otro lado, el origen de los instrumentos para medir la Calidad de Vida se encuentra en la investigación clásica sociológica, contruidos con indicadores como el trabajo, la vida familiar y el bienestar. Se han aplicado a individuos enfermos y sanos, orientándose principalmente en sus aspiraciones, metas y realizando comparaciones con respecto a sus logros. Contienen ítems encaminados a las percepciones subjetivas así como a las experiencias de los individuos, además pueden utilizar áreas que no están relacionadas directamente con la salud, por ejemplo los ingresos, la vivienda, el apoyo social, el bienestar y la satisfacción en la vida.

Tomando en cuenta que existe una gran cantidad de instrumentos utilizados para medir el concepto, Bullingen (1994, citado en Nieto M. et. al., 2004) propone que deben reunir los siguientes requisitos:

- ✦ Poderse aplicar a una amplia gama de condiciones de salud.
- ✦ Evaluar las principales dimensiones de bienestar y función.

- ✦ Orientarse hacia el diagnóstico.
- ✦ Permitir la comparación entre distintas poblaciones.

En este sentido, al igual que otros instrumentos que se utilizan en la investigación y en la práctica clínica, deben reunir requisitos metodológicos preestablecidos, como son: fiabilidad, validez, ser sensibles al cambio y ser relativamente breves (Velarde J. y Ávila F., 2002; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006). De esta forma, los cuestionarios contienen grupos de preguntas que representan una variable que aporta un peso específico a una calificación global para un factor o dominio.

Por su parte, la Dra. Gladis y su equipo de colaboradores (1999, citados en Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006) proporcionan un importante análisis de los instrumentos y se destaca el esfuerzo realizado por el grupo de la OMS respecto a la metodología empleada en la construcción de los mismos, a continuación se describen:

- ⊕ El primero, es la elaboración de un instrumento para una cultura en un idioma particular. Posteriormente con el mismo, se realizan traducciones y retraducciones a otros idiomas, con lo que se podrá emplear en diversas culturas.
- ⊕ En el segundo método, se identifican un conjunto de ítems que sean comunes y relevantes para un amplio rango de culturas. Inicialmente, es desarrollado en un solo idioma (comúnmente el inglés) y después se adapta a otras lenguas. Como el objetivo principal es proporcionar variables universales, normalmente el instrumento se desarrolla en el idioma de referencia, posteriormente se traduce a otros.
- ⊕ El último método fue el desarrollado por el grupo de la OMS (WHOQoL-Group 1996, 1997, 1998, citado en Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006) el cual tuvo como objetivo construir un instrumento de Calidad de Vida que tuviera características psicométricas de fiabilidad y validez, en diferentes

culturas. En el procedimiento, reunió a un grupo de expertos de quince centros ubicados alrededor del mundo, los cuales contribuyeron en la definición de todos los aspectos de la vida que se necesitaran para lograr una amplia evaluación de la Calidad de Vida. Se agruparon cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, para cada una precisaron facetas con las que se determinó un aspecto específico de la vida, logrando conformar 24. Se realizó un proceso de traducción y retraducción en el que todos los centros participaron en la elaboración de los ítems, poniendo particular énfasis en que se adecuaran a las condiciones de cada región. En total se reunieron 1.800 y al seleccionarlos se excluyeron los que se orientaban al mismo factor, pero redactados de diferente forma por lo que se redujeron a 1.100. Posteriormente, cada centro se encargó de ordenar de forma jerárquica cada ítem y se reunieron 236 preguntas con las que se integró la primera versión piloto del WHOQoL. Pero al analizar los datos se extrajeron sólo 100, con los cuales se dio a conocer la versión WHOQoL-100 (Power, Bullinger y Harper 1999, citados en Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006). Al llevar a cabo otra revisión, se redujo el número de ítems y se elaboró una versión breve denominada WHOQoL-Bref (Harper y Power 1998, citados en Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006) que contiene 26 preguntas; 24 corresponden a las facetas incorporadas en las cuatro áreas y dos preguntas globales referentes a la Calidad de Vida y al estado de salud en general. Por otro lado, un estudio realizó una comparación transcultural en la que participaron los 15 centros, tomando en cuenta para el análisis los datos de las dimensiones de la Calidad de Vida relacionada a la salud, mismo con el que se lograron conformar las bases para determinar aspectos universales, es decir, común en diferentes culturas. Para finalizar, el Instrumento WHOQoL elaborado por el grupo de la OMS, dio a conocer factores esenciales a la Calidad de Vida que no difieren en las distintas culturas, así mismo permite una evaluación muy amplia que incluye diversas áreas entre las que destacan el medio ambiente y las relaciones

sociales que por lo regular, no son tomadas en cuenta por otros instrumentos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006). En México, se aplicó el instrumento WHOQoL-Bref a un grupo de Adultos Mayores como medida de evaluación en una intervención psicológica, al inicio y después de la misma. En los resultados se reportaron cambios positivos y el dominio que en gran medida los mostró fue el de relaciones sociales. De esta forma, al llevar a cabo una comparación con los estándares de los quince centros que colaboraron con la OMS, se observó que la salud psicológica y física se ubican dentro del rango, sin embargo los dominios de relaciones sociales y medio ambiente, se sitúan por debajo de éste (González-Celis & Sánchez-Sosa 2003).

2.4 Calidad de Vida y Salud.

A través de la percepción de la salud, el Adulto Mayor elabora su autoconcepto físico el cual tiene relación directa con el funcionamiento cognitivo y social, ya que determina la valoración de su capacidad de movilidad física para realizar cualquier conducta, permitiéndole desenvolverse en su vida cotidiana (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003) y así mejorar su bienestar psicológico.

Las expectativas de salud y la habilidad para afrontar las limitaciones, por ejemplo la discapacidad que trae consigo una enfermedad, pueden afectar considerablemente la Calidad de Vida (Velarde J. y Ávila F., 2002). En este sentido, en 1948 la OMS (citada en Velarde J. y Ávila F., 2002) define salud como *“el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad”* P. 350. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que dan como resultado la medición de la percepción general de la misma.

Básicamente, las Ciencias de la Salud han mostrado grandes logros a nivel de tecnología, lo que ha producido que los individuos vivan más años, aunque en la mayoría de los casos la calidad con la que se viven presente un nivel muy bajo; por tanto algunos Adultos Mayores que padecen enfermedades crónicas ó discapacidades físicas, manifiestan deterioros en el organismo lo que obstaculiza que lleven a cabo una vida independiente.

En términos generales, la Calidad de Vida relacionada con la salud desde el punto de vista de Gonzáles J. (2005) se define como: *“la percepción que tiene un individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida, particularmente las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social”*, además se refiere al impacto de la salud percibida en la capacidad de la persona para llevar a cabo una vida satisfactoria y engloba las siguientes dimensiones:

1. Funcionamiento: Físico, emocional, cognitivo y social.
2. Percepción de salud general y de bienestar.
3. Proyectos futuros.
4. Síntomas específicos de la enfermedad.

Por otro lado, tomando en cuenta algunos aspectos para su medición el propósito fundamental ha sido la evaluación de la enfermedad y los efectos de la intervención, en este aspecto los instrumentos empleados presentan características como: 1) incluyen áreas de la vida a nivel general y de satisfacción, 2) los ítems están orientados a los síntomas, el funcionamiento y las habilidades. Sánchez-Sosa & González-Celis (2006) argumentan que la utilidad de contar con medidas confiables de Calidad de Vida en la investigación de la salud, se manifiesta de dos formas: A) por la necesidad de tener una medición alternativa en la evaluación de los resultados de las intervenciones; B) el juicio tangible del paciente repercute en el tratamiento que se le proporcione.

Es importante señalar, que algunos indicadores pueden mostrar diferentes resultados que son definidos en términos del éxito del tratamiento, por ejemplo: prolongar la vida, disminuir los efectos colaterales, reducir el consumo de medicamentos, así como el número de recaídas, realizar actividades satisfactorias, entre otros (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Las investigaciones en esta área, han dado como resultado detectar algunas causas del proceso salud-enfermedad. Además se ha recabado información respecto a los efectos de la enfermedad en el transcurso de su evolución, la imagen que proyecta a nivel social e individual, los efectos de la intervención en los estados de ánimo, las expectativas del enfermo, etc. (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Por otra parte, Sánchez-Sosa & González-Celis (2002) señalan que para mantener un adecuado estado de salud se necesitan realizar conductas como las siguientes:

- ★ Permanecer activo.
- ★ Mantener una visión positiva de la vida.
- ★ Atención al ejercicio físico.
- ★ Nutrición.
- ★ Descanso y relajación.
- ★ Control de la presión arterial.
- ★ Frecuentes revisiones médicas.

Así mismo, es importante favorecer la promoción de actitudes saludables como el autoestima, la realización personal, el sentimiento de pertenencia a un grupo de referencia, el apoyo social, entre otros (Pérez S., 2004).

En términos generales, cuando se lleva a cabo un análisis de la vida cotidiana de los individuos se logra detectar el grado de riesgo y vulnerabilidad de las enfermedades, aspectos necesarios para la elaboración de programas de prevención.

De tal forma, un programa efectivo para el cambio en las prácticas de salud, debe incluir cuatro componentes principales (Bandura 1997, citado en Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002) a continuación se describen:

- × Información, proporciona el conocimiento de los riesgos para la salud, es decir, las consecuencias que origina determinada conducta por ejemplo fumar trae como consecuencia cáncer en los pulmones. Por otro lado, se describen los beneficios de diferentes patrones de comportamiento que contribuyen al mantenimiento de una buena salud.
- × Desarrollo de habilidades sociales y autorregulatorias, que son necesarias para la formación de acciones preventivas y se logran a través de la motivación, la persuasión verbal y la solución de problemas.
- × Inducción del sentido de eficacia, es fundamental para proporcionar apoyo en el ejercicio de control, dicho de otra forma, se simulan situaciones de alto riesgo a las que puede enfrentarse el individuo en la vida cotidiana con el objetivo de aplicar las habilidades adquiridas. En este sentido, se utilizan técnicas como la retroalimentación, el modelamiento y el reforzamiento vicario.
- × Creación de una red de apoyo social, tiene como propósito iniciar y mantener el cambio de las conductas saludables.

2.5 Calidad de Vida y Vejez.

La Psicología tiene dos propósitos fundamentales, el primero es explicar como funcionan los seres humanos y el segundo ayudarlos a que el desempeño sea mejor (González-Celis, 2005).

Para valorar la Calidad de Vida en el Adulto Mayor, es necesario comprender que el envejecimiento es un proceso que tiene como característica principal la manifestación de una compleja secuencia de cambios a nivel psicológico, biológico y social.

Un aspecto relacionado con la Calidad de Vida en la Vejez es el bienestar subjetivo, entendido como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluye dos dimensiones: 1.- cognoscitiva (satisfacción en diferentes áreas de la vida) y 2.- afectiva (frecuencia e intensidad de emociones negativas y positivas). Es fundamental tomar en cuenta, que no se deteriora con el paso de los años a pesar de la pérdida de algunos recursos materiales, biológicos y sociales. En este sentido, algunos estudios (Quintero y González 1997, citados en González-Celis, 2005) demuestran que su percepción se encontrará determinada por el apoyo psicológico y social que reciba el Adulto Mayor. Cabe destacar, que las siguientes situaciones lo perjudican: cambios negativos en la auto-imagen que repercuten en el autoestima, la sensación de desplazamiento social, las pérdidas, la soledad, el sentimiento de inutilidad y afrontar el acercamiento a la muerte.

Por otro lado, existen factores que influyen en la Calidad de Vida por ejemplo: las preocupaciones y el ambiente en el que el individuo se encuentra cotidianamente, las primeras son experimentadas por los Adultos Mayores en diferentes áreas de la vida, entre las más importantes se encuentran las siguientes (Pérez S., 2004):

- ◆ La economía.
- ◆ La salud.
- ◆ Sufrir deterioro físico ó cognitivo.
- ◆ Dolor a nivel físico ó emocional.
- ◆ Dependencia.
- ◆ El abandono y la soledad.
- ◆ Enfermedades.

De esta forma, en un individuo existe la probabilidad de que presente al menos una, aunque en el peor de los casos pueden experimentar al mismo tiempo cada una de ellas. En este aspecto, para los Adultos Mayores la salud es el tema principal, seguida por la economía ya que sin recursos de este tipo es difícil mantenerla, además el hecho de sufrir un deterioro físico ó cognitivo los obliga a ser dependientes de familiares y amigos, aunado a que en algunas ocasiones tienen que enfrentarse al dolor físico ó emocional que producen algunas enfermedades, así como a los cambios en la estructura familiar (por ejemplo convivencia en domicilios diferentes, movilidad geográfica de las nuevas generaciones ante las exigencias del mercado laboral, entre otros) que dan como resultado que se sientan solos y abandonados (Pérez S., 2004).

En lo que respecta al ambiente, el origen de la investigación antecedente acerca del binomio ambiente-vejez surge ante la necesidad de evaluar el impacto de la institucionalización en éstos individuos (Fernández-Ballesteros et. al. 1992). A partir de 1960, se orienta hacia los efectos negativos de la institucionalización y sus posibles consecuencias como el estrés, la pérdida de la salud y la mortalidad. En 1970, las investigaciones tienen como objetivo identificar la forma en la que diversos factores ó características ambientales pueden afectar el comportamiento de las personas de edad avanzada bajo la hipótesis de que muchas conductas consideradas inapropiadas, podrían ser consecuencias del ambiente que se va deteriorando con el incremento en la edad. Es fundamental tomar en cuenta, que el ambiente institucional es en dónde se ha generado una mayor frecuencia de aplicaciones prácticas por la facilidad con la que se accede a la población.

En términos generales, al aludir a conceptos como institución, institucionalización ó Adultos Mayores institucionalizados, se refieren a centros destinados a servir como lugar de residencia para este sector de la población. En nuestro país lo más común es que habiten en Asilos, ya que las condiciones económicas no son muy favorables.

Algunos intentan solucionar su soledad y el miedo a volverse dependientes de los hijos u otros familiares marchándose a vivir a un asilo. Por su parte otros, al darse cuenta de que las condiciones de la vivienda empeoran conforme pasa el tiempo, optan por trasladarse al mismo anticipando la necesidad de un entorno que les proporcione ayuda al momento de presentarse deterioros a nivel físico ó sensorial (Warner S. y Willis S., 2003).

Aunque las desiciones pueden estar determinadas por numerosos factores inclusive si es voluntaria, implica que sea un momento muy estresante y difícil ya que necesita adaptarse a un ambiente desconocido en el que esta obligado a atender ciertas rutinas y normas así como convivir con algunas personas con las que no se comparten afinidades (Pérez S., 2004). Lieberman, Tobin y Slover (1971, citados en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) concluyen que las características del medio al que ingresa un individuo, determinan los resultados que se producen. Particularmente los entornos fríos y deshumanizantes tienden a causar declives en el funcionamiento humano, en cambio los que fomentan la autonomía del individuo, traen como resultado algún tipo de mejora. Bourestom y Pastalan (1975, citados en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) observaron que aquellas personas que habían experimentado un cambio radical en el ambiente como consecuencia de su traslado, se mostraron mas pesimistas cuando se les pidió que evaluaran su estado de salud.

Tomando en cuenta los datos obtenidos por diferentes estudios, Pastalan (1983, citado en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) resume las variables que pueden estar implicadas en los resultados posteriores al traslado de los Adultos Mayores a Instituciones, a continuación se enumeran:

1. La posibilidad de elección en cuanto al ingreso.
2. El grado de cambio ambiental
3. El estado de salud del futuro residente.
4. El grado de preparación.
5. La metodología del estudio.

Cabe destacar, que la cuestión principal no es si el trato tiene efectos positivos ó negativos para ellos, sino más bien cuáles son las estrategias más efectivas para contrarrestar los últimos.

En la actualidad la mayoría de los autores que investigan las consecuencias de la institucionalización, manifiestan particular interés por identificar factores como el tipo de asistencia y la calidad del cuidado que se proporciona a las personas de edad avanzada. Así mismo, el propósito de agrupar aquellas variables ambientales relacionadas con la salud y la adaptación, se debe al diseño de ambientes institucionales adecuados.

Hernández Z. (1997) realizó una investigación que tuvo como objetivo general determinar la Calidad de Vida de una muestra de personas de la tercera edad, teniendo como base el estudio de sus datos socioeconómicos, de la salud mental y física así como sus hábitos alimenticios. La población estuvo conformada por 132 Adultos Mayores que vivían en asilos ó que asistían a instancias diurnas destinadas a su atención de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Los instrumentos de medición utilizados para el procedimiento fueron los siguientes: a) Escala de depresión geriátrica de Yesavage, b) Cuestionario General de salud de Golberg versión 12, c) Cuestionario de datos sociodemográficos, d) Cuestionario sobre dieta habitual, padecimientos físicos e ingestión de medicamentos, e) Instrumentos para medidas antropométricas (ejemplos: báscula, cinta métrica, entre otros). En los resultados, reportó que el porcentaje más alto lo obtuvo una mujer viuda de 90 años que cuenta con estudios profesiones, actualmente trabaja, no padece enfermedades de tipo cognitivo ó físico y mantiene una excelente alimentación en todos los aspectos, además vive en su hogar sin compañía. En contraparte, el más bajo lo presentaron dos mujeres que son probables casos psiquiátricos. Concluye, que los Adultos Mayores reclusos en Asilos ó Instituciones viven en una situación de salud general y condición socioeconómica mucho más precaria en comparación de los que viven en sus hogares. En términos generales, los individuos que manifiestan un buen nivel de Calidad de

Vida presentan las siguientes características: 1) viven en su hogar, 2) no padecen depresión, 3) consumen una alimentación balanceada y suficiente al aparato digestivo, 4) perciben ingresos económicos de manera regular. Para finalizar, la autora señala que *“la labor de los asilos no consiste solamente en proporcionar un techo y comida a sus residentes, sino también en otorgarles las facilidades indispensables para lograr en ellos una acción rehabilitadora integral”* P.29, además orientarlos en actividades útiles que puedan realizar en el tiempo de ocio con las que se sientan independientes. De esta forma, logran conservar adecuadamente su intelecto si mantienen activas sus funciones cognoscitivas y las emplean con toda su capacidad.

Por otro lado, para mejorar la Calidad de Vida de la población senil las acciones deben tener como objetivo la planeación de programas de nutrición y vivienda, promover la disminución del consumo de tabaco y alcohol, así como una mayor participación en los programas de ejercicio. Así mismo, el uso de medicamentos debe ser cuidadoso, prescrito y monitoreado. Es fundamental tomar en cuenta que se necesitan procedimientos más eficaces para presentar diagnósticos tempranos de enfermedades que pueden prevenirse, lo que dará como resultado que la intervención logre evitar complicaciones ó cronicidad. (Hernández Z., 1997).

Por su parte, González-Celis (2005) señala que los componentes centrales de la Calidad de Vida para los Adultos Mayores son: la autonomía, la independencia y el sentimiento de control. Al elaborar las estrategias de intervención se debe tomar en cuenta que mejoren y propicien la posibilidad de éstos comportamientos. En este sentido, debe buscarse fomentar una valoración positiva sobre sus capacidades y proporcionarles las oportunidades para que desarrollen sus potencialidades, lo que contribuirá a que realicen eficazmente un comportamiento que mejore su bienestar y satisfacción con la vida.

De tal forma, Sánchez-Sosa & González-Celis (2002) destacan que un alto nivel de autonomía en la vida cotidiana, proporcionará una percepción de salud mas positiva que es un elemento favorable para el envejecimiento exitoso.

La OMS (Pérez de Guzmán, 2004) señala seis categorías de actos y comportamientos fundamentales para el mantenimiento de la vida de las personas de edad avanzada. La reducción, así como la falta de una o varias traerá como consecuencia un nivel de desventaja en relación al resto de la población. A continuación se presentan:

1. Realizar actividades de cuidados personales y de la vida cotidiana.
2. Lograr desplazarse en el entorno habitual.
3. El ejercicio de las ocupaciones diarias según la edad y el género.
4. La orientación en el tiempo y el espacio.
5. El mantenimiento de las relaciones sociales con los demás.
6. Un nivel económico adecuado, a través del trabajo u otros recursos.

En este aspecto, es fundamental mencionar a la Declaración de la Federación Internacional de la Vejez sobre los Derechos y las Responsabilidades de las Personas Mayores (Pérez de Guzmán, 2004):

En constancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad avanzada deberán tratar de:

- * Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y sentirse útiles.
- * Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
- * Aprovechar los programas de alfabetización que les ofrezcan.

- * Hacer planes y prepararse para la última etapa de la vida así como para la jubilación.
- * Si se requiere, actualizar sus conocimientos y aptitudes a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral.
- * Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
- * Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencias y valores con las generaciones más jóvenes.
- * Participar en la vida cívica de su sociedad.
- * Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.
- * Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

Cada uno de los aspectos mencionados, propiciará una mejor Calidad de Vida que será reflejada en el “gusto por la vida”, manifestado de acuerdo a las siguientes afirmaciones (Pérez S., 2004):

- Ψ Una valoración general de la vida: “se siente bien”, “la vida es agradable”.
- Ψ El sentimiento de utilidad: “se siente útil y necesario”.
- Ψ Los deseos de emprender nuevos proyectos: “se siente con ánimo para cosas nuevas”.

Para finalizar la Vejez y la Calidad de Vida dependen de las características genéticas, de los hábitos de vida, de variables ambientales, del entorno físico y social así como de los factores psicológicos e individuales.

CAPÍTULO III

SOLEDAD

La vida de cada uno de los seres humanos se organiza y se construye en las relaciones sociales que va conformando en la vida cotidiana. La conducta, las creencias, las emociones y la forma en la que se eligen determinados aspectos, están configurados por la manera en la que se relaciona con los demás mediante diferentes niveles de involucración. Cada uno de los contactos sociales, presentan características particulares por ejemplo algunos son sólo por un momento, otros por una temporada y los más importantes son los que se llevan a cabo durante toda la vida y en ellos se comparten infinidad de experiencias. Sin embargo, en algunos casos los individuos perciben que no tienen a quien recurrir ante distintas situaciones difíciles, otros pueden estar rodeados de mucha gente y sentirse ajenos, algunos sienten un inmenso vacío cuando pierden a un ser querido, por lo tanto éste tipo de situaciones, e inclusive otras más, estipulan que exprese: "me siento solo". De esta forma, la Soledad es un fenómeno humano, un sentimiento complejo con múltiples facetas, dimensiones, orígenes, contextos y significados.

3.1 Antecedentes.

El diccionario de la lengua francesa de nombre "*Le Petit Robert*" señala que el adjetivo "solo" (seul) aparece por primera vez en el siglo XI (año 1080). Deriva del latín "solus" y se refiere a quien esta sin compañía (Muchnik E. y Seidmann S., 2005).

El término "soledad" (solitude) surge en el siglo XIII (año 1213) vinculado a la situación de una persona que se encuentra sola de manera momentánea o en un periodo de tiempo largo, se asocia al aislamiento, al estado de abandono y a la

separación. Es importante señalar, que no se le percibe de forma negativa (Muchinik E. y Seidmann S., 2005).

En la época medieval se considera que los individuos solitarios se encontraban en peligro. Sin embargo en otros casos, cuando se buscaba estar solo por un tiempo prolongado se experimentaba como un momento de reflexión al que sólo algunos tenían acceso. En la vida, tanto como en los grandes palacios, las personas carecían de intimidad individual tal y como lo señala G. Duby (1995, citado en Muchinik E. y Seidmann S., 2005) *"están siempre cerca unos de otros, dormían varios en una misma cama y en las casas no había paredes verdaderas, sólo colgaduras"* P. 19. De tal forma, a lo largo del Siglo XII aparece el fenómeno de la individualidad, originado por factores sociales y económicos que favorecieron la iniciativa individual así como la construcción de una "subjetividad" diferente.

En los siglos XIV y XV se producen cambios importantes en la sociedad, debido a la divulgación de la escritura en las grandes ciudades, aunque la referencia personal sigue estando definida por la familia, por lo tanto el trabajo y el esfuerzo personal son por el bienestar de la colectividad y del hogar. La creación de un nuevo modelo en las relaciones interpersonales, su evolución y relación con la afirmación de la individualidad trae como consecuencia que en los siglos XVI y XVII con avances y retrocesos se trate de preservar la vida privada, sin embargo se exige y se busca cierto nivel de individualismo, con el que separan a las personas de lo colectivo. Es importante señalar, que la familia se convirtió en el único ámbito de privacidad, en dónde se deposita la afectividad y se protege la intimidad. La estructura social genera también otro tipo de modelos de relaciones que los individuos eran libres de elegir, por ejemplo: las hermandades, las logias, las cofradías, en donde no interviene el estado y son categorías sociales con mayor movilidad, ajenas y diferentes a la familia (Muchinik E. y Seidmann S., 2005). En el siglo XIX se definen otros modelos y se amplía la vida social, cabe destacar que los círculos familiares no desaparecen, por lo tanto siguen siendo importantes para la mayoría de la población, se proclama el progreso y se

desarrolla el capitalismo. Para finales del siglo XX la Soledad adquiere nuevos matices ya que aparece como un "síntoma clínico" en la sociedad por lo que se relaciona con algunos casos de depresión y ansiedad. Este cambio se produce principalmente por la manifestación de diversos factores sociales y culturales, por ejemplo el debilitamiento de los vínculos familiares, al igual que la fragmentación de algunas redes de apoyo social importantes, que traen como consecuencia que el individuo pierda la capacidad de afrontamiento ante las crisis (Muchnik E. y Seidmann S., 2005).

En las ciencias del comportamiento se tomó en cuenta el término Soledad aproximadamente a finales de la década de 1930 en el artículo de Gregory Zilborg (M. Hojat 1930, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) en el cual se describen experiencias tempranas de abandono. Otro autor relevante en la historia del desarrollo de este concepto fue Harry Stack Sullivan (1953, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) quien señala desde una perspectiva clínica que la Soledad surge cuando existe una necesidad personal insatisfecha, lo que motiva la búsqueda de contactos sociales con los que se afronta al aislamiento.

Bajo la misma línea de investigación, Frida Fromm-Reichmann (1959, citada en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) la consideraba como una experiencia sumamente dolorosa y aterradora, por lo que las personas estarían dispuestas a hacer cualquier cosa para evitarla. De esta forma, los progresos mas destacados de la época de 1950, señalan que las investigaciones empíricas intentan evaluarla mediante el uso de medidas objetivas, teniendo como base el trabajo doctoral de Paul Dawson Eddy titulado: *"Loneliness: A Discrepancy with the Phenomenological Self"* (1961, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) al igual que la Teoría de la Autocontradicción del Self y la Soledad de Whitehorn (1961, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005).

En la década de 1970, su estudio adquiere mayor fuerza e interés profesional. Se publican artículos en revistas especializadas, conferencias, simposios, libros e investigaciones. Los temas que abordan principalmente son los siguientes: las relaciones interpersonales, en especial las de intimidad abordadas desde el área de Psicología Social, que es la disciplina de las relaciones interpersonales y las relaciones familiares. Cabe destacar, que el trabajo de Robert Weiss (1973, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) titulado *“Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation”* le atribuyó el nombre de *padre de la investigación acerca de la Soledad*.

Por su parte, en la década de 1980 se elaboraron los primeros artículos especializados acerca del fenómeno con un enfoque psicológico, teniendo como contenido los siguientes temas: las perspectivas teóricas, los métodos de estudio, los hallazgos y las opciones de tratamiento (Montero y L. L. y Sánchez-Sosa, 2001).

3.2 Diferencia entre Aislamiento y Soledad.

Tunstall (1966, citado en Lehr U., 2003) considera fundamental, distinguir claramente entre aislamiento y Soledad. El primero manifiesta la intensidad de las relaciones objetivas existentes en el ámbito de los contactos sociales y su origen se vincula a la propagación del individualismo que destruye los vínculos con las personas que se encuentran alrededor. Mientras que la segunda es el reflejo de la percepción individual subjetiva, de las deficiencias cuantitativas en la red de relaciones sociales, es decir, no tener suficientes relaciones íntimas con otros. Es fundamental tomar en cuenta que el sentimiento subjetivo no está determinado por la frecuencia objetiva de los contactos; por ejemplo, un individuo puede sentirse solo sin estar aislado, lo cual se comprueba a nivel objetivo; por el contrario otro que según la realidad objetiva cuenta relativamente con pocos contactos sociales, es muy común que se le califique como aislado sin embargo al cuestionarle sobre sus posibles sentimientos de soledad, menciona que no los experimenta.

En términos generales, no existe un estado fisiológico ó conductual característico que describa a la Soledad. En este aspecto Muchinik E. y Seidmann S. (2005) señalan que *“las personas que se consideran solas, creen estar mas aisladas de lo que deberían estar, perciben una carencia. Por el contrario quienes manifiestan estar aislados, así como lo esperaban, no se sienten solos”* P. 58. Por lo tanto, no es lo mismo estar solo que sentirse solo ya que tiene distintos significados en diferentes contextos sociohistóricos, lo que define a ambas percepciones es la intensidad y la satisfacción en la relación emocional con la otra persona, por ejemplo se podrían tener cien relaciones superficiales con los demás y sentirse solo.

Weiss (citado en Muchinik E. y Seidmann S., 2005) afirma que los individuos requieren de una relación íntima así como de vínculos cohesivos con un grupo social, debido a que ambos son un complemento y al carecer de alguno, traerá como consecuencia sentimientos de soledad, es decir, aunque alguno de los dos tipos de relaciones se experimente con alta satisfacción, no logra compensar la falta de la otra. Los casos más severos de Soledad se determinan cuando las personas presentan carencias en ambas dimensiones (emocional y social). La mayor parte de los autores que se han dedicado al estudio de la Soledad, consideran que la combinación de factores ó el predominio de algunos, van a caracterizar en cada caso, las múltiples posibilidades de que un individuo se relacione socialmente de forma inadecuada y termine sintiéndose solo (Aleixandre R., 2000).

3.3 Definición.

Al realizar una revisión bibliográfica, se llega a la conclusión de que existen varias definiciones de Soledad diseñadas a partir de la perspectiva psicológica, la más antigua es la de Sullivan (1953, citado en Montero y L. L., 1998) y la describe como *“una experiencia displacentera, asociada con la carencia de intimidad personal”* P. 9. Por su parte, Weiss (1973, citado en Montero, L. L y Sánchez-

Sosa, 2001) menciona que *“es una respuesta ante la ausencia de una provisión de relación particular”* P. 20 y Muchinik E. y Seidmann S. (2005) la describen como *“el sentimiento prolongado, desagradable, involuntario de no encontrarse relacionado significativamente o de manera próxima con alguien, por lo tanto es una apreciación subjetiva, es decir, el individuo afirma: me siento solo”* P. 33. No obstante, para fines concretos de esta investigación se toma en cuenta la definición propuesta por Peplau y Perlman (1981, citados en Montero, L. L. 1998) quienes la definen como *“una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente”* P. 31, premisa descrita en el libro *“Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy”* (1982, citado en Muchinik E. y Seidmann S., 2005). Así mismo, identificaron las características más comunes al experimentarla, a continuación se enumeran:

- 1) Cuando se perciben deficiencias en las relaciones interpersonales.
- 2) Experiencia subjetiva que difiere, cuando el individuo tiene evidencia física de aislamiento social.
- 3) Se percibe mediante estrés y desagrado.

Las primeras están asociadas con una necesidad de intimidad, por su parte las carencias cognoscitivas, se vinculan a una percepción de estimulación social por debajo del nivel óptimo considerado por la persona (Montero y L. L. y Sánchez-Sosa, 2001).

En este aspecto, dichos autores sugirieron que la Soledad podía ubicarse en uno de los extremos para evaluar las relaciones sociales: *“Cada persona, tiene un nivel óptimo de interacción social. Cuando las relaciones sociales de un sujeto se encuentran por debajo de tal nivel, éste experimenta soledad; en contraste, cuando el sujeto se enfrenta a un contacto social excesivo, puede experimentar hacinamiento ó sentir una invasión de privacidad. Las evaluaciones de las relaciones sociales de un sujeto están influidas por las comparaciones con la experiencia*

pasada del mismo sujeto y con las experiencias de otras personas" P. 5 (citado en Montero y L. L., 1998).

De esta forma, Lehr U. (2003) señala que el grado de Soledad que experimenta el individuo está en función de sus expectativas en relación a los contactos sociales. En este sentido, la falta de relaciones íntimas de apoyo y cooperación tendría como resultado la experiencia de intensos sentimientos de soledad (Buendía J. y Riquelme A., 1994). Por su parte, las relaciones de apoyo proporcionan a nivel emocional intimidad y cuidado, por ejemplo: obtención de recursos para la satisfacción de necesidades. En conclusión, el fracaso en la obtención de apoyo social genera dichos sentimientos.

Peplau y Perlman (1982, citados en Pérez de Guzmán, 2004) mencionan la importancia de la discrepancia subjetiva entre las relaciones interpersonales que el individuo cree tener y las que le gustaría o desearía, lo que trae como consecuencia que tome en cuenta la cantidad de las interacciones sociales (tener menos amigos y conocidos de los que le gustaría) así como la cualidad de las mismas (presentar relaciones con conocidos mas superficiales, de lo que desearía). En este aspecto, Wheeler, Reiss y Nezlec (1983, citados en Pérez de Guzmán, 2004) consideran fundamental, distinguir entre la cantidad y la calidad de las relaciones. La primera, se refiere al número de personas con las que el individuo se relaciona, dicho de otra forma, la frecuencia de los contactos sociales y el tiempo invertido en los mismos. Por su parte, la segunda se orienta a factores como la satisfacción con los contactos, intimidad y placer alcanzado en las mismas.

Existe evidencia (Cutrona, 1982; Lobata, 1980, citados en Montero y L. L., 1998) de que la calidad más que la cantidad de los contactos sociales tiene mayor relevancia para el afrontamiento de la Soledad. El modelo propuesto asume que no hay efecto directo entre el número de contactos sociales y la Soledad, porque tanto los factores situacionales como las disposiciones, representan la base para

las evaluaciones subjetivas. Otros estudios que especifican el tipo de déficits relacionados con la experiencia solitaria, los identifican en las relaciones familiares, de pareja, amigos, compañeros de trabajo/escuela y conocidos (DiTommaso y Spinner 1992, citados en Montero y L. L., 1998).

En conclusión, Montero y L. L. (1998) afirma que: *“a la soledad se le concibe como un fenómeno multidimensional (involucra aspectos de personalidad por ejemplo: evaluaciones cognoscitivas, antecedentes de desarrollo afectivo y autoestima, etc.), psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto”* P. 11.

Para finalizar, a modo de resumen se describen las características que manifiestan los sentimientos de soledad (Pérez de Guzmán, 2004):

- * Una experiencia desagradable, similar a otros estados afectivos negativos, por ejemplo la depresión y la ansiedad.
- * Difiere del aislamiento social.
- * Refleja una percepción subjetiva del individuo, orientada a las deficiencias en su red de relaciones sociales, las cuales pueden ser cuantitativas (sin muchos amigos) ó cualitativas (falta de intimidad con otras personas).
- * Puede considerarse como un rasgo ó un estado pasajero.
- * Es el resultado de la falta de relaciones sociales.
- * La variabilidad a nivel individual se encuentra condicionada por la influencia de los criterios y normas sociales, respecto a cual sería la cantidad y la calidad de las relaciones que se consideren como satisfactorias.
- * Los aspectos afectivos son los determinantes.

3.4 Generalidades.

La Soledad es un fenómeno poco aceptado, por lo tanto la cultura la descalifica, lo que origina que al individuo solitario se le perciba como fracasado, atribución de cierta forma contradictoria en una sociedad altamente individualista. De tal forma, se conceptualiza como un estado subjetivo que surge del contraste entre las expectativas del individuo y lo que percibe de sus relaciones interpersonales.

Por otro lado, es fundamental considerar que se le ha definido como un estado más que como un rasgo de personalidad.

Así mismo, es una emoción, que puede experimentarse de forma negativa como desesperanza, abandono ó pérdida y positiva definida por el goce, la creación que sirve para reflexionar, inclusive para buscar algún tipo de inspiración. Cuando es percibida como una experiencia negativa, es posible que impacte a alguno de los diferentes niveles del funcionamiento humano, por ejemplo en la salud física, así como al estado psicológico.

3.4.1 Tipos:

La literatura sobre el tema ha intentado establecer categorías ó tipos de Soledad, en este aspecto autores como R. Weiss, M. Hojat y K. Rook (1973, 1989, citados en Muchnik E. y Seidman S., 2005) exponen los siguientes tipos:

- A) Soledad por aislamiento emocional: Se determina por la ausencia de una relación íntima, el nivel de desagrado experimentado en esta forma de soledad se percibe como alto. Por su parte, Weiss pone particular énfasis en la diferencia entre apego e intimidad. En este sentido, un individuo puede vivir próximo a otro sin estar apegado ya que el apego implica creer que al otro le interesa el bienestar, acepta, valora y proporciona protección utilizando sus propios recursos. En lo referente a la intimidad, es

fundamental tomar en cuenta que no es un sentimiento sino la cualidad de una relación con cierta simetría y mutualidad, es decir, brinda un espacio de confianza y seguridad, su característica principal es la reciprocidad de validación mutua. Por ejemplo en la Vejez la figura de apego no es aquél individuo con el que se comparte la vida cotidiana, sino en quién se puede confiar y al que se puede encontrar en el momento oportuno.

- B) Soledad por aislamiento social: Se debe a la falta de lazos con un grupo social cohesivo de pertenencia (ej. una red social de amigos ó una organización vecinal, entre otros). El individuo que no se siente parte de un grupo, concluye que no tiene nada en común con los demás. Este tipo de soledad, se encuentra relacionada con la cantidad y calidad de las relaciones con los demás, ya que éstas cubren diversas provisiones sociales, por ejemplo servir de guía así como proporcionar un sentido de valor y pertenencia.

Desde la evaluación subjetiva de la experiencia de la Soledad, se pueden identificar dos polos respecto a su percepción, en cuanto al positivo se le atribuye como una oportunidad para reflexionar en aquellos aspectos individuales que difícilmente aparecen cuando se tiene compañía; por su parte el lado negativo muestra mayor incidencia para la investigación debido a que es el más perjudicial para la salud. En este aspecto Kölbl (1960, citado en Montero y L. L., 1998) propuso cuatro tipos de soledad:

1. Interna Positiva: Se experimenta como un medio necesario para descubrir nuevas formas de libertad ó contacto con otras personas.
2. Interna Negativa: Es percibida como un enajenamiento de sí mismo y de los otros, un sentimiento de alienación, aún rodeado de otras personas.
3. Externa Positiva: Se presenta en las circunstancias de aislamiento físico voluntario, es decir, cuando se busca un momento para reflexionar.

4. Externa Negativa: Es la que se produce cuando las circunstancias externas (muerte de una pareja, pérdida de relaciones, etc.) conducen a sentimientos muy profundos y negativos de pérdida.

Por otro lado, en relación con el duelo la característica más frecuente que manifiestan los individuos que han sufrido una pérdida es la sensación de una profunda y persistente Soledad. En este aspecto, existen dos tipos que son fundamentales en dicho proceso, la primera es la soledad propia del aislamiento social y se origina por la falta de cantidad y calidad de apoyo social (Sosa D., 1994), además ha sido frecuentemente considerada como un factor de riesgo para la depresión y es un importante predictor para que el duelo se complique ó se prologue. La segunda, es la soledad emocional que esta determinada por la falta de intimidad e incluso el contacto físico con una persona significativa; es posible afrontarla estableciendo una nueva relación (Sosa D., 1994).

De tal forma, la experiencia de la Soledad se define principalmente del sentimiento de insatisfacción en las relaciones sociales, debido a que se perciben menores niveles de intimidad y reciprocidad de lo esperado.

3.4.2 Tiempo:

Young (1982, citado en Montero y L. L. y Sánchez-Sosa, 2001) propuso tres tipos de duración que pueden ocurrir cuando se experimenta. A continuación se describen:

- † Crónica: Dura varios años y el individuo se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias.
- † Situacional: Frecuentemente ha sido vinculada con eventos estresantes como el divorcio, la muerte de la pareja, los padres ó los hijos.
- † Transitoria: Es las más común y presenta una alta incidencia debido a que se perciben sentimientos de soledad en periodos muy breves.

Para finalizar, Muchinik E. y Seidmann S. (2005) afirman que la duración con la que se experimente, se relaciona con las siguientes variables: 1) el nivel de educación, 2) estado civil, 3) historia de divorcios por parte de los padres y 3) niveles de intimidad.

3.4.3 Causas:

Las investigaciones clínicas (Muchinik E. y Seidmann S., 2005) coinciden en mencionar dos causas que determinan que un individuo se sienta solo y son las siguientes:

1. Internas o personales: Dificultad para estar solo, carencia de algunas habilidades sociales ó patrones cognitivos disfuncionales.
2. Externas o situacionales: Falta de recursos sociales, económicos ó demográficos.

Cabe destacar, que la dificultad para estar solo así como las dificultades para relacionarse con los demás forman parte de los aspectos centrales de la Soledad. La primera toma dos formas: la evitación de la Soledad y el refugio en la misma. En este sentido, más allá de los que se observa en la sociedad, el individuo solitario tiene escasa capacidad para estarlo, de hecho teme dicha condición por lo que ésta desagradable situación lo conduce a la búsqueda de los contactos sociales para evitar el aislamiento, sin embargo en algunos casos la propia desesperación lo lleva a involucrarse en relaciones inapropiadas, es decir, destructivas; en otros las relaciones son demandadas con tanta ansiedad que las personas que están a su alrededor se sienten incomodas y se alejan de él. De esta forma, cuando fracasan en ambas condiciones trae como consecuencia un mayor sentimiento de soledad (Muchinik E. y Seidmann S., 2005). En este aspecto, la solución a dicho problema se orienta a ayudar al individuo a mejorar su habilidad para estar solo, dicho de otra forma, lograr que disfrute de diversas actividades en Soledad. Otras causas señalan que muchas personas se refugian en la Soledad para protegerse de los rechazos sociales (reales ó imaginarios) por

lo tanto evitan ataques potenciales a su autoestima, aunque irremediablemente se incrementen sus sentimientos de soledad.

Por su parte, los problemas en varias habilidades sociales se relacionan con la presencia de Soledad. En este sentido, Wittenberg y Reis (1986, citados en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) mencionan siete aspectos:

- Forma en la que se inicia el contacto social.
- Apertura de la persona.
- Habilidad para establecer encuentros.
- Capacidad para proveer consejo y guía.
- Empleo de la asertividad en las situaciones para expresar sentimientos negativos.
- Resolución de conflictos.

Cuando se carece de alguna de ellas al momento de realizar un acercamiento social, propicia la aparición de los sentimientos de soledad, que se manifiestan en pensamientos como los siguientes: “como ven”, “que les parezco”. Por lo tanto, les resulta difícil sostener una conversación, ya que no saben que decir ni el momento oportuno para hacerlo e incluso resolver los silencios. En conclusión, cada una de las condiciones mencionadas obstaculiza que se perciban los contactos sociales como agradables. Existen dos habilidades sociales que permiten predecir la Soledad y son las siguientes: dificultad para entablar relaciones sociales y la falta de habilidad para profundizarlas.

Para finalizar, frecuentemente son predictoras de sentimientos de soledad las medidas cualitativas por ejemplo: el grado de satisfacción percibida así como la disponibilidad de las relaciones sociales íntimas, en comparación con los aspectos objetivos de la red social (frecuencia, tipo de contacto social, etc.).

3.5 La Soledad y su relación con otras Variables.

3.5.1 Género:

Las experiencias de socialización son diferentes tanto para el género femenino como para el masculino ya que el modelo de relaciones esta definido por la cultura, misma que adjudica y exige desempeños distintos. Las primeras mantienen temas de conversación referentes a lo que sienten, mientras que ellos hablan acerca de lo que hacen (Muchinik E. y Seidmann S., 2005).

Las investigaciones realizadas en este aspecto, consideran que el género femenino reconoce y acepta con mayor facilidad la experiencia de Soledad. En este sentido, Borys y Perlman (1985, citados en Montero y L. L. 1998) a través de un estudio comprobaron que las mujeres registraron con mayor facilidad sus sentimientos de soledad en comparación de los hombres, debido principalmente a que las consecuencias sociales son menos trágicas para las primeras.

Por su parte, Montero y L. L. (1993, 1994, 1997) realizó una investigación en México con una población conformada por adolescentes. En los resultados informó lo siguiente: 1.-diferencias entre géneros en la forma en la que conceptualizan la Soledad, 2.- el género masculino mencionó una definición muy corta de Soledad ya que utilizaron pocos descriptores; con el género femenino ocurrió lo contrario debido a que poseen una amplia red conceptual asociada a dicho fenómeno. En este aspecto, la autora menciona: *“puede deberse a la disposición sociocultural con la que se promueve en la mujer el contacto cognoscitivo y afectivo de diversos fenómenos emocionales como la depresión, el amor o, como en este caso la soledad”* P. 26. Tunstall (1966, citado en Lehr U., 2003) al llevar a cabo varias investigaciones empíricas, encontró que las mujeres presentan más sentimientos de soledad que los hombres (proporciones de 33,6% en comparación con el 19,3%).

Es importante señalar, que en ningún género el hecho de no tener hijos, contribuye significativamente a dichos sentimientos. En relación al estado civil, las mujeres y los hombres viudos al igual que los divorciados, los perciben con mayor frecuencia (Lehr U., 2003).

Respecto a residir en solitario, Dean, Kolody, Word y Matt (1992, citados en Albarracín D. y Goldestein de Muchinik, 1994) mencionaron que las mujeres que vivían solas presentaban más síntomas físicos en comparación de los hombres.

Por su parte, Essex y Nam (1987, citados en Albarracín D. y Goldestein de Muchinik, 1994) en sus investigaciones encontraron que el 38,5% de las mujeres Adultas Mayores, mencionaron sentirse solas con una frecuencia de “a veces” ó “a menudo”. En este sentido, las mujeres casadas y las que nunca lo habían hecho señalaron sentirse solas con menor frecuencia, en contraparte las mujeres viudas fueron las que presentaron mayores niveles de sentimientos de soledad debido a que no habían podido reemplazar las funciones de apoyo que satisfacían cuando se encontraban con el cónyuge. Esta misma situación fue observada por Jamona (1990, citado en Albarracín D. y Goldestein de Muchinik, 1994) en un grupo de 200 mujeres de la India, la investigación indicó que las viudas tenían menor apoyo que las que no lo eran, incluso las solteras ó casadas.

3.5.2 Edad:

A lo largo de la vida, ocurren episodios de Soledad originados de acuerdo al momento de desarrollo y del ciclo familiar, asociados a los sentimientos de abandono y aislamiento, caracterizados por ser permanentes ó transitorios. De tal forma, aunque existe evidencia acerca de la manifestación de los sentimientos de soledad en las diversas etapas del desarrollo humano, son muy pocas las investigaciones que analizan los factores que contribuyen a su experiencia, así como las manifestaciones y las consecuencias en la edad adulta (Montero y L. L. 1998).

Weiss (1973, citado en Montero y L. L., 1998) argumentó que en la etapa de la Adolescencia daba inicio la experiencia solitaria. Sin embargo, en la actualidad algunos estudios han comprobado que desde la Infancia los niños pueden presentar sentimientos de soledad. En este sentido, Cassidy y Asher (1992, citados en Montero y L. L. 1998) demostraron mediante el empleo de una escala de Soledad, que los niños entre 5 y 7 años mencionaron entender el concepto. Así mismo, los que obtuvieron puntuaciones más altas, presentaron problemas en las relaciones sociales. Por su parte, C. W. Ellison (1978 citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) considera que los primeros signos de Soledad aparecen en los primeros tres meses de vida.

Tomando en cuenta la definición de R. Weiss, Zick Rubin (1982, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005), argumenta que niños de tres años o menos pueden experimentar la Soledad por aislamiento social (sentimientos de desagrado, aburrimiento y abandono). Por su parte, D. Perlman (1988, citada en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) considera que existe una aparición temprana de la experiencia de Soledad, es decir, entre los 7-8 años ya que son capaces de responder a una escala de evaluación referente al tema, incluso algunos datos reportan que niños rechazados se sienten solos. No obstante, S. Sullivan (1953, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) pone particular énfasis en que la Soledad como carencia de intimidad sólo puede ser entendida en la pre-adolescencia, es decir, entre los 9-12 años.

En términos generales, algunos individuos que experimentan sentimientos de soledad califican la relación con sus padres durante la infancia como fría, alejada, no confiable, insatisfactoria y desagradable (Perlman 1988, citada en Muchnik E. y Seidmann S., 2005).

En la adolescencia, se vinculan al fracaso en la satisfacción de necesidades en las relaciones íntimas con los pares. Por lo tanto, carecen de sentimientos de pertenencia a una estructura social.

Al llegar a la mediana edad, un buen matrimonio aporta la intimidad y el afecto necesario para obtener un nivel adecuado de cuidados, requeridos por el bienestar físico y psicológico. Sin embargo, la Soledad puede aparecer en los casos en los que existen diferencias en las actividades e intereses entre los cónyuges, originando que la relación se vaya transformando en una rutina.

Respecto a la última etapa de la vida, la sociedad maneja el estereotipo referente a que es sinónimo de Soledad, no obstante algunas investigaciones, por ejemplo la llevada a cabo por L. R. Dean (1962-1988, citado en Muchnik E. y Seidmann S., 2005) reportó que los Adultos Mayores no padecen significativamente de Soledad, sin embargo es probable encontrarla en individuos mayores de 80 años. A continuación se enumeran los resultados: a) 60-69= 35%, b) 70-79= 29 %, c) 80 y más= 53%. En este aspecto, una posible explicación se debe a que la cantidad de contactos sociales disminuye con la edad al igual que la motivación para sostenerlos; que en caso contrario los ayudaría a afrontar dichos sentimientos. Por su parte, Peplau y cols. (1982, citados en Montero y L. L. 1998) señalan que la presencia de los sentimientos de soledad en el Adulto Mayor, dependen del grado de control que logre ejercer sobre el ambiente y la disposición de un individuo que sea representativo a nivel emocional y esté presente tanto físicamente como en tiempo.

Para finalizar, aunque es probable que se presenten este tipo de sentimientos a lo largo de la vida, es fundamental tomar en cuenta que presentan diferentes variaciones (ej. gravedad) y que son distintos para cada individuo.

3.5.3 Personalidad:

Las características de personalidad encontradas de acuerdo con Peplau y Perlman (1982, citados en Montero y L. L. 1998) son las siguientes: introversión, timidez, baja autoestima, poco autocontrol ó predisposición hacia la dependencia. Así mismo, señalan que las características personales pueden favorecer la manifestación de los sentimientos de soledad, mediante tres niveles: a)

reduciendo el interés del individuo hacia la formación ó mantenimiento de los contactos sociales, lo que origina menores posibilidades de interacción social; b) interviniendo en la forma de actuar, provocando interacciones sociales no satisfactorias y c) perturbando la capacidad de adaptación social utilizada para evitar, minimizar ó afrontar dichos sentimientos. De esta forma, Whittemberg y Reis (1983, citados en Rubio H., Aleixandre R., Lara R., Elipe M. y Sánchez H., 2000) señalan que los individuos solitarios presentan dificultad para aprender habilidades adecuadas de relación y son menos competentes para las que son necesarias para desarrollar y mantener relaciones íntimas y profundas. Además, argumentan tener un menor número de compañeros y amigos, es decir, una red de apoyo social pequeña y menos satisfactoria.

Por su parte, Muchnik E. y Seidmann S. (2005) afirman que los individuos solitarios, tienen cierta tendencia a percibir las situaciones como pesimistas así como centrarse en sus propias fallas y muestran poco nivel de motivación cuando tienen oportunidad de mantener contacto continuo con los demás, poseen escasas habilidades sociales, entre las que destacan: falta de confianza en las relaciones, gran sensibilidad a la crítica de los demás, una tendencia a llevar a cabo actividades en solitario, hostilidad y tendencia a rechazar a los demás. En conclusión, cada una condiciona la falta de empatía y apertura en las interacciones sociales.

3.5.4 Conductuales:

Jones, Hobbs y Hockenbury (1982, citados en Montero y L. L., 1998) realizaron una investigación con el propósito de conocer los estilos de comunicación, por lo tanto para cumplirlo, registraron la conducta verbal de los estudiantes universitarios. En los resultados reportaron que los individuos solitarios presentaron las siguientes características: hicieron menos preguntas, con mayor frecuencia cambiaban el tema de la conversación, respondieron de forma lenta a los cuestionamientos que les hicieron sus compañeros y hablaron menos acerca de los temas personales; en comparación de los que no mostraron soledad.

Por otro lado, algunas consecuencias de la experiencia de la Soledad han sido relacionadas con la salud y las conductas adictivas. En este aspecto, Thauberger, Ruznisky y Cleland (1981, citados en Montero y L. L., 1998) demostraron que el uso de sustancias químicas como fármacos, drogas así como el tabaco, son empleadas para afrontar éstos sentimientos. Así mismo, Shumaker, Krejci y Small (1985, citados en Montero y L. L., 1998) señalaron que los individuos obesos tenían tendencia a presentar altos niveles de Soledad que los que no lo eran, principalmente en el género femenino.

Por último, Lehr U. (2003) halló una relación entre el sentimiento de soledad y el grado de inactividad y aburrimiento. Se llegó a la conclusión de que los individuos que mantienen pocos intereses, escasos objetivos y mínimas expectativas hacia el futuro, además de experimentar insatisfacción y escasa confianza en sí mismas, son proclives a presentar sentimientos de soledad.

3.5.5 Contextuales:

Las condiciones que favorecen la aparición de sentimientos de soledad son las siguientes: la movilidad social, la urbanización y los cambios abruptos en los escenarios de vida (Jones 1982, citado en Montero y L. L., 1998).

3.6 Soledad en la Vejez.

Existen varios factores que condicionan algunas actitudes y comportamientos durante la Vejez, entre éstos destaca el miedo a la Soledad en el futuro y la incertidumbre de cuál será la reacción de los hijos ante posibles circunstancias difíciles como la viudez ó el deterioro en la salud a nivel físico y psicológico, por ejemplo: depresión, mareos, insomnio, etc., trayendo como consecuencia un cambio en su estilo de vida, reduciendo progresivamente sus actividades cotidianas y probablemente sus interacciones sociales (Fernández J., 2000). Por lo tanto, se cuestionan sobre su función en la vida, es decir, que nuevos papeles van a desempeñar dentro de la familia y la sociedad y es en este contexto en

donde aparecen sentimientos negativos como la inutilidad, la dependencia y a la larga los sentimientos de soledad. En este sentido, la imagen del Adulto Mayor en la sociedad se caracteriza por ciertas afirmaciones relativas a su aislamiento y Soledad, dichas condiciones se admiten como algo natural y lógico (Lerh U., 2003), tal y como señala Kalish R. (1996): *“Las personas mayores generalmente están solas, sin amigos, ni personas en las que poder confiar y lejos de sus hijos”* P. 135. No obstante, está comprobado que las relaciones familiares y las amistades disminuyen cuando se alcanza la séptima década y posteriores (Kalish R., 1996), debido principalmente a los deterioros en la salud y a los problemas para moverse, lo que limita su capacidad para tener amigos íntimos, aunado a que la muerte de los compañeros de edad reduce las oportunidades para los contactos sociales. En este aspecto, Buendía J. y Riquelme A. (1994) señalan que la Soledad de las personas mayores es el resultado del empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales. Cabe destacar, que existen principalmente seis causas por las que las personas mayores se sienten solas:

- ✘ El deterioro en las relaciones familiares.
- ✘ El posible aislamiento social.
- ✘ Menor participación en actividades agradables (Madrigal M., 2000).
- ✘ La lejanía residencial de los hijos: Es común, que algún hijo ó hijos vivan en otras localidades y aunque la comunicación por teléfono sea constante, la falta de trato directo trae como consecuencia una sensación de aislamiento familiar que deriva en sentimientos de soledad, ya que carecen de una importante fuente de apoyo instrumental y emocional, autores como Iglesias De Ussell (2001) lo comprueban argumentando: *“ la escasez de apoyo que reciben –sea real o percibido- desde la familia es capaz de motivar entre las personas mayores una profunda sensación de abandono”* P.127. De esta forma, en el pasado las circunstancias eran diferentes, ya que no era necesario el cambio residencial por motivos laborales. Por lo tanto, el malestar va orientado a la realidad social de nuestros días que sitúa a los individuos a la tendencia hacia el aislamiento, lo que origina que se añoren

las relaciones familiares antiguas que se caracterizaban por alta frecuencia en el contacto.

- ✘ La falta de apoyo social.
- ✘ Los sentimientos de soledad avanzan con la edad por los siguientes factores: cambios en la salud, en el estado civil y la incertidumbre acerca del futuro para desarrollar una vida autónoma.

Por su parte, Ficher y Phillips (1982, citados en Montero y L. L., 1998) realizaron una investigación con la cual analizaron una muestra de 1,050 Adultos Mayores seleccionados de forma aleatoria de 50 comunidades del norte de California. Concluyen que la experiencia de Soledad se asocia con:

- ✘ Bajo ingreso económico.
- ✘ Mayor educación.
- ✘ Desempleo.
- ✘ Estado civil.
- ✘ Mayor índice entre casados.
- ✘ Ausencia de hijos.

Por otro lado, algunos casos en los que la Soledad es una condición voluntaria, es fundamental considerar que la decisión es muy respetable, sin embargo cuando la situación es involuntaria la prolongación de ésta, puede causar algunas enfermedades. Independientemente de cual sea el caso, ambos tipos pueden traer consecuencias negativas para el individuo. De esta forma, la diferencia radica en los siguientes aspectos:

- ◇ Voluntaria: Los Adultos Mayores que se ubican en esta opción, suelen encerrarse en sí mismos así como mostrar poco interés en algún tipo relación afectiva. Concluyen que por el hecho de ser mayores deben alejarse de las personas que están a su alrededor, principalmente porque

no les gusta lo que observan y escuchan, además se sienten poco integrados con los demás.

- ◇ Involuntaria: Se siente solos porque suponen que el contexto social los percibe como inútiles a causa de la edad, lo que origina cierto nivel de incomodidad en la convivencia. Cabe destacar, que pueden estar alejados de sus familiares y amigos, debido a que sus limitaciones físicas obstaculizan la socialización (Pérez de Guzmán, 2004).

En términos generales, desde el lado positivo cuando se busca estar solo puede ser muy benéfico, particularmente cuando se tiene la seguridad de que en el momento que se desee se puede abandonar dicha condición, en cambio si es no deseada, constituye uno de los principales problemas a los que se enfrentan los Adultos Mayores y que limitan su Calidad de Vida (Iglesias De Ussell, 2001).

3.6.1 Razones por las que viven solos:

Dentro de las razones que destacan para decidir vivir solo se encuentran principalmente el abandono del hogar por parte de los hijos, debido a que han estructurado toda su vida en torno a su cuidado y al ser abandonados tienen la oportunidad de concretar algunas metas (De la Gandara Martin, 1995) ó al fallecimiento del cónyuge (Madrigal, M. 2000). No obstante, otros aspectos como el hecho de no haberse casado, ser divorciado, inclusive por la muerte de alguna persona importante, por ejemplo el padre, la madre, un hijo, un hermano, un amigo, etc., ó simplemente porque han escogido esta forma de vida. Algunos viven en el campo, en su mayoría en condiciones de pobreza y aislados de la sociedad, porque la separación geográfica implica vivir demasiado lejos de los familiares, amigos y de otros servicios, aunado a que gran parte de estas localidades no cuentan con medios de transporte adecuados que posibiliten el traslado por lo que cada una de las características mencionadas, obstaculizan las relaciones sociales (De la Gandara Martín, 1995; Madrigal M., 2000; Belsky J., 2001); mientras que otros residen en las grandes ciudades. Están también los que viven rodeados de varias relaciones estrechas, por su parte otros cuentan con un

reducido nivel de apoyo social. Por lo tanto, todas éstas experiencias contextuales influyen en la práctica de ser Adulto Mayor y vivir solo (Belsky J., 2001). En este aspecto, Jylha y Jokela (1990, citadas en Albarracín D. y Goldestein Muchinick, 1994) analizaron la situación de los Adultos Mayores en varios países europeos, lo que les permitió concluir que la mayor percepción de sentimientos de soledad, se presentaba en regiones en las que vivir solo se consideraba muy poco común y en donde los vínculos de la comunidad eran muy fuertes. De lo contrario, en lugares en donde sus habitantes eran más individualistas, dichos sentimientos mostraban una menor incidencia.

De tal forma, algunas personas de edad avanzada prefieren residir solos para tener intimidad y disfrutar de su autonomía, no obstante, aunque vivan de esta forma necesitan tener la sensación de apoyo de sus familiares (Iglesias De Ussell, 2001). Es probable que cuando regresan por la tarde a sus hogares experimenten Soledad, ya que durante el día visitaron a algún familiar ó a sus amistades, conversaron con vecinos, entre otros. En cambio el contacto con las personas durante la noche es limitado en el interior del domicilio, así como a determinadas horas las llamadas que se realizan. En este sentido, diversos son los factores que determinan la aversión a la noche relacionada con la residencia en solitario, a continuación se describen:

- † *Miedo a sufrir un accidente o enfermedad repentina:* La salud es el principal motivo de preocupación ya que imaginan que al presentar dichas condiciones, no tendrán la asistencia necesaria. El temor es mas profundo, cuando la situación ha sido real.
- † *La muerte en soledad:* La muerte es tal vez, la más perfecta representación de los seres humanos enfrentando su propia Soledad. Por lo tanto, es un tema muy cotidiano entre las personas mayores que viven en solitario, por lo que experimentan una preocupación constante acerca de lo que representa no recibir ayuda ó consuelo ante el posible dolor al acercarse el

momento (De la Gandara Martin, 1995). Es el miedo más común y no se relaciona con el género ni con el contexto urbano ó rural en el que residan.

† *Por la inseguridad ciudadana:* al pensar que se puede sufrir algún robo así como sentir que la vivienda es invadida por individuos extraños, origina que pasen por momentos de indefensión.

† *La dificultad para dormir:* se repite con gran frecuencia y constituye un momento propicio para la aparición de diversos sentimientos y pensamientos negativos. Particularmente es muy difícil afrontar la Soledad en dicha condición ya que las posibilidades para encontrar a alguna persona o actividad son muy limitadas; el recurso mas frecuente para combatirla es la resignación.

Para finalizar, en un estudio realizado por Kemp y Acheson (1989, citados en De la Gandara M., 1995) en el que participó una población de 2.000 Adultos Mayores con edades superiores a los 75 años, de los cuales el 75% vivían solos; se llegó a la conclusión de que la soledad se asocia a peores condiciones de vida y al género femenino.

3.6.2 Estado civil y soledad:

La percepción que tienen las personas mayores de la Soledad, es diferente según el estado civil. En este aspecto, los separados y divorciados son los que señalaron una mayor incidencia de vacío y tristeza; las personas que nunca se casaron admiten que sienten Soledad, pero están acostumbrados a ella, además consideran que es una gran ventaja el no tener que enfrentarse a la dolorosa pérdida del cónyuge; la mayoría tienen muchos amigos y familiares con los cuales sus vínculos son estrechos. Sin embargo, cuando manifiestan sentimientos de soledad, los identifican como la ausencia de alguien a quien acudir, aunado a que al momento de jubilarse presentan más problemas de adaptación que los casados, debido principalmente a la falta de convivencia cotidiana con los compañeros de trabajo (Kalish R., 1996). Por su parte, las viudas presentan mayor sensibilidad a la pérdida de seres queridos (Madrigal M., 2000).

3.6.3 La Soledad en determinados momentos de la Vejez: Jubilación y Viudez:

Cuando el Adulto Mayor se enfrenta a la desvinculación laboral presenta sentimientos de soledad que son muy distintos a los que percibe en la viudez (Iglesias de Ussel, 2001).

En el primer caso, en determinadas profesiones se fomentan las relaciones sociales entre los compañeros, por lo tanto al retirarse de la actividad laboral es muy probable que sufra de episodios de Soledad porque el ámbito doméstico difiere considerablemente del laboral (Madrigal M., 2000). En el segundo caso, se distinguen intensos sentimientos negativos dentro de los que destacan la Soledad, situación que viven sin importar el apoyo que estén recibiendo por parte de los familiares, del vecindario y de las amistades próximas. En este último aspecto, Iglesias De Ussel (2001) afirma: *“El padecimiento de la Soledad tras la viudez, en este sentido se concibe como una consecuencia relativamente natural para los seres humanos que han perdido a aquella persona con la que han compartido la mayor parte de su vida”* P.75.

Ambos sucesos, determinan varias repercusiones tanto a nivel personal como familiar y pueden ser positivas ó negativas. Un ejemplo para ilustrar el planteamiento negativo es el estado civil ya que influye de forma significativa en la organización posterior de la vida; si el Adulto Mayor al jubilarse pierde al cónyuge, aunado a otros factores como la dispersión geográfica de los hijos por motivos de trabajo ó por las malas relaciones familiares e inclusive por carecer de descendencia, origina que los efectos de la pérdida del entorno social del trabajo sean doblemente perjudiciales y el resultado esperado es la presencia de sentimientos de soledad y aislamiento social, particularmente en los casos en que ambos sucesos ocurren en un periodo de tiempo relativamente breve. En este sentido, a continuación se describen algunos aspectos y causas en cada momento particular:

3.6.3.1 Jubilación:

La Soledad en la jubilación se determina en muchas ocasiones por un empleo insatisfactorio del tiempo en la planificación de las actividades, la escasez de alternativas y la reclusión en el hogar, situaciones que originan todo tipo de sentimientos negativos. Así mismo, la actitud con la cual se enfrenta el individuo a dicha etapa, lo predispone en su adaptación exitosa ó problemática al papel de jubilado. En términos generales, existen otros factores que predisponen al Adulto Mayor a experimentar sentimientos de soledad y se describen en las siguientes líneas:

A) La rotación residencial: es un problema muy común al que se enfrentan inclusive si se cuenta con la pareja, ya que deteriora las redes sociales extrafamiliares y con el paso del tiempo acaban reduciéndose ó desapareciendo. Rechazan ampliamente la convivencia rotativa en casa de los hijos principalmente porque se perciben como objetos que van cambiando de domicilio. Algunos dan solución a dicha dificultad, optando por la Institucionalización y su ingreso es interpretado por un amplio porcentaje como una señal evidente de abandono por parte de la familia utilizando para dicho acto como argumento principal el deterioro en la salud; para tal propósito, uno de los momentos más oportuno es el inicio de las vacaciones, porque es una ocasión para instalarlos de manera temporal ó incluso definitiva. En conclusión, la percepción que tienen acerca de las residencias es negativa, debido a la sensación de desamparo que provoca imaginar los últimos días de la vida entre la lejanía y el olvido. En el pasado, ningún Adulto Mayor ingresaba a un asilo, ya que la propia familia brindaba atención, cariño y cuidado de manera desinteresada.

Por otra parte, si deciden vivir con los hijos, la decisión va motivada por: problemas económicos, salud muy delicada ó la muerte del cónyuge (Kalish R., 1996). Particularmente prefieren mudarse a la casa de sus hijos solteros, en especial con las hijas. No obstante, cuando en el contexto familiar existen disputas entre los hijos causadas por el cuidado de sus padres, traen como consecuencia

para los Adultos Mayores intensos sentimientos de soledad. Así mismo, si se perciben como un estorbo para sus hijos el nivel de intimidad de sus relaciones será muy bajo, por lo tanto aparecen la desconfianza y la falta de comunicación, originando aislamiento familiar y la base para los episodios de Soledad. En el caso de los viudos aunque vivan con algún familiar, cuando llegan a la habitación por la noche la ausencia de la compañía íntima trae consigo profundos sentimientos de tristeza y Soledad.

B) Deterioros en la salud: Debido a un accidente, a una enfermedad severa ó condicionados por la acumulación de achaques que sin padecer dolores físicos importantes determinan con frecuencia que sufran de situaciones de indisposición, porque originan que abandonen aquellas aficiones que requieren de un elevado esfuerzo, para adoptar otras mucho menos exigentes en el terreno físico. De tal forma, cuando existen dificultades en la movilidad y en el desplazamiento, las actividades sociales quedan reservadas al espacio doméstico, por lo que salir a la calle, los paseos, las visitas a familiares y amigos ó la participación en actividades sociales, entre otras prácticas, se reducen considerablemente hasta desaparecer. Por lo tanto, las relaciones sociales quedan limitadas a las visitas que reciben por parte de los familiares y amigos, lo que resulta muy perjudicial porque las relaciones fuera de éste, poco a poco se van deteriorando lo que origina falta de apoyo social cuando aparecen determinadas dificultades familiares, por ejemplo la pérdida de los seres queridos, las discusiones familiares, entre otros.

En este contexto de deterioro de la salud y desvinculación social, el riesgo de padecer sentimientos de soledad es muy frecuente.

Para finalizar, es muy común identificar la incidencia de la Soledad en aquellos individuos que presentan dificultades en las condiciones mencionadas.

C) Intereses económicos: La creencia de que los hijos guían sus atenciones por dichos intereses, deterioran en gran medida las relaciones filiales. Por ejemplo, algunas personas de edad avanzada aunque aporten en su totalidad el ingreso económico de la pensión, no logra compensar las pocas atenciones que

reciben. Cabe destacar, que una medida apropiada para evitar situaciones de desamparo y abandono consiste en aplazar el reparto de la herencia entre los descendientes, es decir, hasta el momento de la muerte. De tal forma, cuando llevan a cabo una comparación acerca de la situación en la que vivían anteriormente las personas de edad avanzada, ponen particular énfasis en el aislamiento familiar y social así como en la falta de atenciones que les proporcionan en la actualidad por parte de los hijos. Además, consideran que aunque en el pasado había menos bienestar económico, éste se suplía con altas dosis de cariño, originando que los Adultos Mayores vivieran mejor.

D) La relación marital: es una de las más importantes a lo largo de la vida y su imagen en los últimos años es muy positiva ya que ambos experimentan una mayor intimidad y compañerismo, aunado a que en muchos casos se ve favorecida por las siguientes razones: 1.- la pareja esta libre de obligaciones respecto a los padres, 2.- los hijos, probablemente se han independizado o ya lo hicieron, 3.- es probable que se cuente con un óptimo nivel de salud, al igual que una adecuada posición económica para hacer frente a sus necesidades. En dichas condiciones la jubilación se espera con alegría, sin embargo puede ser perturbada principalmente, por los problemas en la salud y la posibilidad de la muerte de alguno de los dos, comúnmente el marido (Kalish R., 1996). El rechazo que motiva imaginar la muerte del cónyuge va acompañado por un profundo miedo a la Soledad, por lo tanto cuando alguno de los miembros se ve afectado por alguna enfermedad, en el otro aparece cierto nivel de aversión hacia la posible viudez, condicionada por un sentimiento de incertidumbre (Iglesias De Ussell, 2001). No obstante, en otros casos cuando los conflictos han sido constantes durante la relación conyugal, el miedo ante la posible pérdida es menos intenso.

3.6.3.2 Viudez:

La muerte del cónyuge representa uno de los momentos mas tristes y difíciles a los que se enfrenta un individuo; en la Vejez sus consecuencias suelen ser mas perjudiciales por la ruptura de varias décadas de vida conyugal y es muy probable

que su figura sea irremplazable, lo que origina considerar que no se volverá a contar con ese tipo de apoyo, a menos que se lleven a cabo segundas nupcias. En este sentido, Iglesias De Ussell (2001) menciona: *“La viudez, como término de la relación matrimonial, comporta un elevado riesgo de soledad subjetiva para muchos mayores que no hallaban confianza en nadie igual que el marido o la esposa en quien depositar sus secretos desahogar sus problemas o simplemente manifestar inquietudes”* P.115. Cabe destacar, que cuanto mas unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional al ocurrir la muerte y la presencia de otras personas no lograrán aliviar los sentimientos de Soledad y tristeza (Madrigal M., 2000). De esta forma, el dolor por la pérdida es el sentimiento más común experimentado en el momento inmediato a la defunción, posteriormente el vacío, la tristeza ó la Soledad y el paso del tiempo, genera dos efectos en los viudos: 1) se acostumbran al asumir la nueva y probablemente definitiva situación de Soledad conyugal y 2) cuando avanza, sienten que les hace más falta su presencia. En este sentido, es muy frecuente el incremento en las dudas respecto al futuro viviendo solo, sin la función instrumentalmente cuidadora y el apoyo que procuraba en todo momento la pareja. En el caso del género masculino la Soledad se interpreta como el resultado de la insuficiencia para llevar a cabo una vida autónoma.

En términos generales, la viudez supone una gran ruptura en diversos aspectos, a continuación se describen:

A) Personal: Las primeras dificultades van orientadas a la asimilación, posteriormente a la adaptación de su nueva condición de vida.

B) Falta de intimidad: Cuando un Adulto Mayor percibe que la ausencia de intimidad conyugal se prologará el resto de su vida, origina que sufra constantes episodios de Soledad, que en el peor de los casos pueden instalarse de forma permanente. La ausencia definitiva de la pareja vacía de sentido su vida, de modo

que se pierden las ilusiones y la motivación para seguir adelante. En éstos casos, ocasiona problemas tan severos como la depresión (Iglesias De Ussell, 2001).

C) Alteraciones en el estado de animo: Durante la adaptación, es normal que se alternen diversos estados de ánimo por ejemplo: tranquilidad, pesimismo, optimismo, desilusión, decaimiento y motivación para seguir adelante, cada uno presentándose a lo largo del día porque a pesar del intenso dolor que sufren, están conscientes de que deben disfrutar de sus vidas aunque nada sea como antes. Es muy complicado establecer comportamientos comunes para los Adultos Mayores al momento de quedar viudos, ya que éstos dependen del entorno familiar y social que los rodea, así como de la personalidad. Por lo tanto, la adaptación depende de los últimos tres factores mencionados.

D) Insomnio: Tras la pérdida de la pareja, es frecuente que empiecen a presentar problemas para dormir ó inclusive si ya se padecían se agraven. Así mismo, produce cambios importantes en las costumbres cotidianas y uno de ellos es la hora en la que van a dormir, misma que se modifica y se define en función de la residencia, por ejemplo los que viven con sus hijos se acuestan mas temprano de lo habitual para no molestar a los demás, los que viven solos se duermen mas tarde por la aversión que produce la madrugada. Varios testimonios de Adultos Mayores argumentan que pasan muchas horas acostados sin conciliar el sueño; en contraparte, algunos afirman no presentar esta dificultad. La noche puede convertirse en un problema ya que constituye un momento propicio para la aparición de sentimientos de soledad.

E) Pensamientos negativos: A varias personas de edad avanzada les cuesta trabajo controlar así como evitar los pensamientos negativos y pesimistas con los que se sienten tristes y desilusionados de la vida. En la medida en que son mas frecuentes, originan intensos sentimientos de soledad derivados de la falta de la pareja, aunados a las dificultades que encuentran en el transcurso de la vida sin su compañía ni su apoyo (material y emocional). Durante el día, es muy fácil

evitarlos ya que es muy frecuente que lleven a cabo varias ocupaciones, además pueden relacionarse con las personas del entorno. Es importante señalar, que algunos no son negativos y logran aportar consuelo.

F) Los recuerdos: Recordar al cónyuge es una actividad muy común, independientemente de cuanto tiempo transcurra. No obstante, existen situaciones a lo largo del día que favorecen dicho acontecimiento lo que provoca sentimientos de tristeza que agudizan la Soledad y en algunas ocasiones desembocan en el llanto. A continuación se describen las circunstancias mas frecuentes:

1. Las fechas del calendario: La de cumpleaños, el aniversario de bodas, entre otras.
2. Ámbito doméstico: Los espacios de la vivienda en la que se han compartido tantos momentos, a través de un periodo de tiempo extenso ó breve.
3. Hora especial del día: Por ejemplo la de la comida, por el lugar que ocupaba en la mesa el cónyuge.
4. El encuentro casual con las amistades con las que se compartían algunas actividades de diversión en la etapa matrimonial. Por lo tanto, rechazan la compañía para evitar recuerdos.

G) Salud: Abandonan diversas actividades que repercuten en ella. El aspecto que más se descuida, principalmente para los que viven solos, es la alimentación ya que tienen escasa motivación para preparar los alimentos y se sustituyen por una comida improvisada, escasamente nutritiva.

H) Disminución de la actividad e integración social: Existe cierta tendencia al retraimiento en el ámbito doméstico, lo que facilita la percepción del deterioro de su salud, trayendo como consecuencia que frecuentemente presenten pensamientos negativos y sentimientos de soledad; además puede provocar situaciones de aislamiento social. En este sentido, se ha puesto en evidencia que la carencia de contactos sociales puede asociarse a un mayor deterioro de las

funciones cognoscitivas. Particularmente León y cols. (1991, citados en De la Gandara M., 1995) argumentan que en las personas mayores de 65 años la carencia de apoyo social se asocia al deterioro cognitivo. Sin embargo, participar en actos públicos que tengan como propósito la diversión, es ampliamente rechazado en los momentos en los que todavía predomina el dolor. De esta forma, atribuyen gran rechazo a salir solo(a) a la calle principalmente si se recuerda cuando se hacía en compañía del cónyuge, aunado a que es probable que las relaciones que se mantenían con algunas amistades hayan cambiado, sin dejar en consideración que no se cuenta con una pareja para asistir a algunos eventos, como reuniones, excursiones, etc. No se trata de que se terminen por completo las relaciones con las amistades (todavía matrimonios) sino que la relación se vuelve distinta, porque la implicación afectiva se torna más superficial y el contacto es menos frecuente ya que la viudez origina un riesgo elevado de distanciamiento material y emocional de tales amistades; aunado a que es probable que aparezca la sensación de percibirse como un estorbo cuando ven la felicidad de las otras parejas, comparada con la que ellos ya no tienen. Es importante señalar, que algunos Adultos Mayores sienten cierta desconfianza en las amistades al momento de platicar sobre sus problemas y sentimientos de soledad porque consideran que pueden hacerlos públicos.

3.7 Afrontamiento.

En términos generales, cuando un individuo reconoce que experimenta un episodio de Soledad es el primer paso para afrontarla, debido a que el temor al estigma social lo conduce a que niegue su verdadera condición. En este aspecto, Rubio y Aleixandre (1999, citados en Rubio H, Aleixandre R., Lara R., Elipe M. y Sánchez H., 2000) mencionan que el hecho de admitir la existencia del problema puede suponer para algunos individuos reconocer que han fracasado social ó familiarmente. Por lo tanto, los que realmente sufren de un episodio de soledad no manifiestan padecer tal problema cuando se les cuestiona de forma directa. De esta forma, es más fácil expresar este tipo de sentimientos cuando se viven en

una situación reciente ó breve y se logra mediante dos formas: en una relación cercana y confidencial ó se comenta a un desconocido, por ejemplo a un taxista del cual se tiene la seguridad de que la información no será divulgada. No obstante, cuando se comparte en la primera, se logra atenuar la experiencia solitaria. Rubenstein y Shaver (1982, citados en Muchinik E. y Seidmann S., 2005) señalan cuatro estrategias de afrontamiento para la Soledad:

- ☞ Pasividad: sufren de Soledad bajo un círculo vicioso de baja autoestima y aislamiento social. Realizan conductas como, comer e inclusive dormir en exceso, ingerir bebidas alcohólicas, tranquilizantes, etc.
- ☞ Activa: buscan formas activas para pasar el tiempo en solitario, por ejemplo leen, realizan actividad física, entre otros.
- ☞ Financiero: gastan cantidades de dinero para atenuar su estado y como forma de distracción, visitan tiendas comerciales, establecimientos.
- ☞ Búsqueda de contactos sociales: llamar por teléfono a los amigos así como a los familiares, visitarlos.

Es fundamental tomar en cuenta, que cuando se viven episodios de soledad es necesario identificar cada uno de los sentimientos y los aspectos de las situaciones que los desencadenan, lo que contribuirá a reconocer que es lo que se debe modificar (Muchinik E. y Seiddman, S., 2005). La Soledad se encuentra determinada por tres factores: duración, causa e intensidad; en este aspecto si se experimenta durante mucho tiempo se debe a que el sentimiento fue muy profundo e intenso.

Por otra parte, para los Adultos Mayores existen diversos recursos que ayudan a prevenir ó combatir de forma oportuna los sentimientos de soledad, en las siguientes líneas se describen:

- 1.- Mantenerse ocupado en alguna tarea de tipo físico ayuda a evitar pensamientos negativos que favorezcan los recuerdos y el llanto.

2.- Óptimo nivel de salud: Contribuye a combatir la Soledad en los momentos en los que se padece, ya que se pueden utilizar diversos recursos para atenuar su incidencia como los que se presentan a continuación:

a) *Los paseos*: Dentro de las actividades más frecuentes, la primordial es salir a caminar ya que aporta importantes beneficios a la salud, principalmente la prevención de las enfermedades así como el deterioro físico. Cuando se realiza en solitario, normalmente tienen como objetivo visitar a algún amigo o familiar, la frecuencia para dicha acción se encuentra determinada por el tipo de relación así como la confianza que los Adultos Mayores mantienen con las personas destinadas, además se justifican por los siguientes aspectos: el tiempo libre del que disponen, las utilizan para ausentarse de la vivienda y reforzar las redes de apoyo social, alivio a un momento intenso de Soledad e intercambio de información. En cambio, las que se efectúan a los vecinos y conocidos tienen un objetivo determinado por ejemplo un funeral, accidente, un problema de salud, etc.; por lo tanto son menos frecuentes.

Por el contrario cuando van en compañía de amigos e incluso vecinos, no tienen algún rumbo en particular, simplemente completar una ruta. Cabe destacar, que los ayuda a conseguir información sobre temas de interés común, diversión, apoyo emocional, se sienten escuchados, motivan el encuentro casual (con los que se combate el aburrimiento y la Soledad). No obstante, la frecuencia con la que se sale a la calle descende conforme avanza la edad principalmente por tres razones: el deterioro grave de la salud, la incidencia de enfermedades, el fallecimiento de personas con las que se podía salir.

b) *Lugares y actividades sociales*: Son diferentes en función del género. Por su parte, las mujeres acuden en un alto porcentaje a la Iglesia lo que posibilita el intercambio social; mientras que los hombres recurren a espacios públicos como asociaciones ó centros de día.

c) *Actividades*: Para prevenir los sentimientos de soledad es necesario procurar que no se abandonen cada una de las tareas que se realizan fuera del hogar e integrar en la medida de las posibilidades nuevas acciones.

3.-Cuando no se puede salir del domicilio: Es importante considerar que pueden presentarse determinadas condiciones que obstaculizan abandonarlo, por ejemplo las climáticas como la lluvia. De esta forma, es fundamental contar con otras estrategias que se puedan emplear en su interior y que promuevan el entretenimiento, para prevenir ó combatir los pensamientos negativos que generen Soledad. Entre éstas destacan:

a) *las plantas y los animales*: ya que cuando el Adulto Mayor les dedica tiempo permite que se distraiga, además los segundos brindan compañía particularmente para los que residen en solitario.

b) *la televisión*: a pesar de que las críticas a esta forma de entretenimiento van orientadas a que limita las relaciones y la comunicación familiar, es un medio que proporciona esparcimiento cuando se tienen problemas para la forma en la que se emplea el tiempo libre. Cabe destacar, que proporciona una sensación de compañía a los que viven en solitario. En algunos casos ante el aislamiento social, la escasez de relaciones familiares y la falta de contacto con los demás, constituye la única compañía.

c) *El radio*: las personas mayores lo consideran más benéfico que la televisión, debido a que maneja contenidos de mejor calidad. Al utilizarlo durante el día, hace que la jornada sea más amena porque encuentran en la voz de los locutores (conversaciones, música, entre otros), motivación y consuelo, además los mantienen informados sobre temas de actualidad. Durante la noche, lo usan para conciliar el sueño debido a que se quedan dormidos al escucharlo.

4.- Familia: A cualquier edad, las relaciones con la familia son uno de los aspectos que más satisfacción proporcionan a los seres humanos. En este sentido, Iglesias de Ussell (2001) afirma: "*Ocupa un espacio central en la prevención de la Soledad, pero, en sentido contrario también puede llegar a ser la principal culpable de su padecimiento*" P. 58. De esta forma, cuando los Adultos Mayores logran mantener excelentes relaciones familiares en las que se involucran altos niveles de afectividad con los hijos, nietos, hermanos y en general con los demás miembros, producen gran satisfacción en ellos, por lo que

constituye el principal recurso afectivo y material. Sin embargo, cuando ocurre lo contrario, provocaran una sensación de aislamiento emocional y desamparo material. Algunos aspectos mas destacados respecto a la forma en la que se combate la Soledad desde esta área se especifican en las siguientes líneas:

a) *Reuniones familiares*: motivadas por la celebración de una festividad e inclusive para compartir la comida los fines de semana, aportan a los Adultos Mayores grandes niveles de motivación por la vida porque con ellas se fortalecen los vínculos, aunque este tipo de encuentros no sean tan frecuentes. El lugar varía en función del motivo de la reunión y el número de participantes. Para los que residen en solitario, constituye la única oportunidad de entretenimiento fuera del ámbito domestico y la principal fuente de suministro de apoyo emocional. De tal forma, aunque el contacto no sea cotidiano, percibir que pueden contar con sus hijos en el momento de alguna necesidad derivadas de un accidente domestico e inclusive problemas repentinos en la salud, les proporciona una sensación de tranquilidad y constituye un recurso eficaz contra la Soledad. A nivel de prevención, por ejemplo cuando necesitan realizar alguna visita al médico cada mes ó semana y requieren desplazarse fuera de la localidad, la compañía de algún familiar (principalmente los hijos), ayuda a prevenirla ya que comprueban el apoyo de la familia.

b) *Apoyo material que proporcionan los hijos*: para dirigirse a otra persona, los Adultos Mayores la eligen dependiendo del tipo de necesidad que tienen. En este aspecto, cuando tienen problemas de salud se orientan a la familia especialmente a los hijos. Cabe destacar, que cuando requieren compañía y un rato de entretenimiento para aliviar la tristeza y la Soledad se dirigen a las amistades.

Los hombres que residen en solitario a pesar de su autonomía, si cuentan con algún hijo ó hija que viva en la misma localidad, necesitan ayuda en las tareas domésticas por ejemplo: la limpieza de la casa, el arreglo de la ropa, la preparación de la comida, etc.; el nivel de apoyo depende de cada una de sus necesidades. Por su parte, las mujeres mientras cuenten con una excelente salud, son pocas las atenciones que reciben. Pero en ambos géneros, cuando las limitaciones físicas son más elevadas los cuidados se vuelven más constantes. Así mismo, el género femenino tiene mayor capacidad para estar sin compañía, en

comparación del masculino que tiende a ser mas dependiente, no solo en los aspectos materiales sino también en los instrumentales. De esta forma, ellas disponen de un alto índice de recursos personales y sociales más eficaces para prevenir la Soledad ó superarla en los momentos en los que se padece, mientras que en ellos son un poco más limitados. Un ejemplo para ilustrar dicho planteamiento es el ámbito doméstico ya que las posibilidades de relación efectuadas por amigas y vecinas son más frecuentes para las mujeres que para los hombres; la compañía proporciona un recurso valioso de apoyo emocional.

c) *El tipo de ayuda que los Adultos Mayores brindan a la familia:* En este aspecto, destacan actividades como: 1.- cuidan y atienden a algún hijo que no se ha casado, e incluso a algún familiar enfermo, 2.-algunos aportan el ingreso mensual de la pensión, que en ocasiones es el único ingreso económico que recibe la familia, 3.-cuidan a los nietos y es una actividad que aporta satisfacción así como entretenimiento. Sin embargo, en distintas ocasiones son explotados y los hijos abusan del tiempo por lo que algunas personas, se niegan a asumir dicho cuidado. En otros, cuando las hijas tienen dificultad para asumir la maternidad al mismo tiempo que la jornada laboral origina que frecuentemente recurran a sus padres, lo que trae como consecuencia un incremento considerable en el número de visitas, además los hace sentirse útiles y refuerza sus vínculos familiares. Dentro de las actividades más importantes que desempeñan en ésta área se encuentran: llevarlos al colegio por la mañana y recogerlos por la tarde, prepararles la comida, entre otros.

d) *Relación con los hermanos:* cuando no tienen descendencia ó que sus hijos residan en lugares muy lejanos, para compensar su falta se acercan a otros familiares, entre los que destacan los hermanos. En contraparte, si se carece de los mencionados, recurren a sobrinos, cuñados, tíos, etc. En este sentido, Gold (1989, citado en Albarracín D. y Goldstein de Muchnik, 1994) menciona que los Adultos Mayores que presentaban interacciones positivas con sus hermanos, comentaban que los ayudaban a disminuir sus sentimientos de soledad, además de proporcionarles apoyo emocional y sentimiento de cercanía.

5.- El teléfono: en los casos en los que el contacto con los hijos (por residencia lejana por cuestiones laborales) y familiares es escaso, la comunicación por vía telefónica constituye un elemento para prevenir y/o afrontar los sentimientos de soledad. En este sentido, adquiere un gran significado por las siguientes razones:

- ☞ Permite la comunicación con familiares y amigos que físicamente están lejos.
- ☞ Intercambio de información acerca de temas de interés común.
- ☞ Cuando reciben llamadas, evita que se sientan solos y olvidados.
- ☞ Para los que residen en solitario, representa un medio muy importante ya que en los casos de accidentes ó enfermedades repentinas, permite el apoyo social oportuno a través de la presencia física de familiares, amigos e incluso vecinos.

6.- La relación con los vecinos: este tipo de relaciones son más frecuentes cuando se carece de descendencia ó reside en otro lugar. Son importantes ya que cumplen una función de vigila, lo que promueve cierto nivel de tranquilidad en las personas mayores porque perciben que si requieren ayuda en los momentos de necesidad, van a contar con la presencia de alguien que los apoye. Es importante señalar, que logran obtener fácilmente compañía por la proximidad física. El tamaño de la localidad en la que residen se encuentra asociada con el número de contactos sociales que se mantienen, así como con la satisfacción que producen. De esta forma, en las poblaciones pequeñas es mas probable que las relaciones fuera de la familia sean mas frecuentes que en las grandes localidades en donde ocurre lo contrario.

Por otra parte, a continuación se muestra una lista con cada uno de los recursos que se pueden emplear en los casos particulares, es decir, en la Jubilación y en la Viudez.

3.7.1 Afrontamiento en cuestiones de Jubilación:

A) Preparación: En los últimos años de la etapa laboral, es necesario que el individuo se prepare para la jubilación ya que facilita el proceso de ajuste y reorganización de su vida cuando ha desaparecido el papel profesional.

B) Tiempo libre y organización: La forma en la que se utiliza el tiempo y la capacidad para distribuir las actividades, constituyen dos factores importantes para asimilar y adaptarse al retiro. Es importante considerar que el tiempo libre que se disfruta en la jubilación, es una excelente oportunidad para llevar a cabo actividades que por el tiempo en el trabajo no lograban concretarse. Por lo tanto, se ponen en marcha proyectos, nuevas inquietudes, tareas enriquecedoras etc.; en estos casos el retiro laboral es favorable, debido a que quedan en segundo plano las limitaciones económicas derivadas de la pensión, ya que al realizar dichas actividades valora la mejora general en la Calidad de de Vida. Cuando el Adulto Mayor se mantiene ocupado a lo largo del día lo ayuda a desvanecer la sensación de inutilidad, por lo que al adquirir una gran cantidad de tareas por desempeñar en la medida en que el estado de salud lo permita, da como resultado uno de los mas importantes recursos para alcanzar una jubilación exitosa. Cabe destacar, que algunas actividades de ocio deben favorecer las relaciones sociales. Por su parte, algunos hombres deciden participar en las labores del hogar por la necesidad que manifiestan de sentirse útiles y activos, así como distraerse y ocupar una parte del tiempo libre del que disponen, dichas tareas suelen llevarse a cabo en el exterior por ejemplo: comprar, recados, trámites y pagos, porque limpiar el hogar se reserva a la esposa.

C) Empleo: Cuando el Adulto Mayor mantiene cierto nivel de vinculación con la profesión que ha desempeñado de forma satisfactoria a lo largo de su vida, contribuye a que se sienta activo y percibe que emplea de forma útil su tiempo. En este sentido, Iglesias de Ussell (2001) menciona: *"Muchos jubilados van más allá en este modelo activo de retiro laboral apuntando la posibilidad de realizar pequeñas actividades remuneradas con las que además de cumplir sus deseos de mantenerse ocupados, poder mejorar su posición económica complementando las pensiones que reciben"* P. 86, porque manifiestan contar con la capacidad para

participar en el mercado laboral, además el trabajo adquiere un sentido menos exigente y probablemente más gratificante.

D) Familia: La jubilación permite que el Adulto Mayor le dedique más tiempo a sus relaciones familiares, principalmente al cónyuge. Para muchos, cuando mantienen una vida familiar lo suficientemente gratificante les ayuda a prevenir la Soledad, incluso ante la pérdida de algunos contactos sociales tras el retiro laboral.

E) Conservar las relaciones: Uno de los aspectos fundamentales después de la jubilación, es el mantenimiento de las relaciones sociales establecidas en dicho entorno, es decir, amigos y compañeros de trabajo, debido a que son un recurso importante para la prevención de los sentimientos de soledad, aunado a que disminuye la ruptura y proporciona apoyo social.

3.7.2 Afrontamiento relacionado a la Viudez:

A) Personal: Dentro de los recursos personales para afrontar la pérdida del cónyuge destacan los siguientes:

1. Necesidad de continuar con la vida.
2. Buscar motivación para adaptarse a las nuevas condiciones que impone el estado civil.
3. Actitud de resignación, orientada a que la pérdida del ser querido es natural.
4. Conformidad con el destino y la obligación de continuar adelante, aceptando los acontecimientos tal y como son.

B) Salir del Domicilio: Para establecer conversaciones casuales, con las que desahoguen sentimientos negativos, por ejemplo tristeza, Soledad y dolor así como evitar el aislamiento.

C) Familia: Constituye un importante recurso en la viudez, sin importar su edad, género ó lugar de residencia; principalmente se obtiene a través de los hijos. Por lo tanto, el apoyo emocional de los hijos aporta los siguientes aspectos:

- Sentir que cuentan con alguien a quien dirigirse para platicar, acerca de sus sentimientos.
- Los motivan para que su vida siga adelante, además de involucrarlos en actividades sociales, por ejemplo las reuniones.
- Cuando los hijos residen en la misma localidad, aportan importantes dosis de apoyo material y emocional con rapidez. Así mismo, favorece la frecuencia de los contactos familiares.

D) Las Amistades: En algunos casos los familiares por razones laborales y por falta de tiempo no logran aportar el suficiente apoyo, por lo tanto es necesario que recurran a los amigos particularmente porque ocupan el segundo lugar de importancia dentro de la estructura de sus relaciones. Al contrario de cada uno de los parientes, los amigos se eligen ya que tienden a poseer cualidades que son similares e inclusive los complementan. Es importante señalar, que algunas amistades no han sido establecidas necesariamente en la niñez ó en la juventud, sino con personas con las que se tiene historiales ocupacionales e intereses similares (Kalihs R., 1996). Cuando tienen un elevado número de amigos y sus relaciones son constantes al mismo tiempo que satisfactorias, aportan apoyo en dos sentidos: A) apoyo emocional (consuelo, tranquilidad, motivación para organizarse y continuar con la vida) y B) integración social (invitan a participar en actividades fuera del ámbito doméstico).

E) Religiosidad: Para muchos creyentes la fe supone un importante recurso para combatir la Soledad y es utilizado con mayor frecuencia por las mujeres. A nivel preventivo, contribuye a infundir ánimo a través de creencias como: “quedarse viudo es un hecho natural para lo cual no se puede hacer nada”. Es importante considerar, que este tipo de resignación cristiana es empleada con mayor frecuencia por las personas que residen en solitario.

A nivel paliativo llevar a cabo practicas religiosas entre las que destacan las oraciones, constituye un factor importante para disminuir los sentimientos de soledad. En los casos en los que el aislamiento familiar y social es elevado, la ausencia continúa de compañía y la presencia de los sentimientos mencionados

puede activar la imaginación de los Adultos Mayores ya que algunos argumentan platicar con frecuencia con Cristos, Vírgenes y Santos de su devoción.

Para finalizar, la Soledad es una condición psicológica difícil de definir, no obstante ha sido entendida como un estado subjetivo en el que el individuo se percibe como en desarraigo ó puede definirla como un sentimiento de pérdida, incomodidad, separación, entre otros. De tal forma, es necesario tomar en cuenta que corresponde a una época determinada, construida en un sistema de valores que guían el modelo que deben seguir las relaciones sociales.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento del Problema.

4.1.1 Pregunta de investigación:

¿Los sentimientos de Soledad de los Adultos Mayores inciden en su Calidad de Vida?

4.1.2 Objetivo general:

Determinar si los sentimientos de Soledad interfieren en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

4.1.3 Objetivos Específicos:

1.- Probar si existe asociación entre la Calidad de Vida y los sentimientos de soledad en Adultos Mayores.

2.- Realizar comparaciones entre la Calidad de Vida de los Adultos Mayores y algunas Variables Sociodemográficas (edad, sexo, con quién vive, actividad principal, presencia o ausencia de enfermedad)

4.1.4 Justificación:

Tomando en cuenta las características de la población de nuestro planeta, podemos darnos cuenta que existe un gran número de niños y jóvenes; en este aspecto surge la siguiente pregunta: ¿Qué va a ocurrir con ella durante algunos años? La respuesta es muy sencilla: la mayor parte se encontrará constituida por un mayor número de Adultos Mayores, porque en los últimos años la natalidad ha

descendido de forma considerable en los países desarrollados, aunado a que el progreso de las Ciencias de la Salud ha originado la disminución de la mortalidad y con ello una mayor esperanza de vida. Cuando se habla de la Vejez se puede definir como un fenómeno que forma parte del ciclo vital de todo ser humano, es la etapa final del proceso de desarrollo en la cual siguen existiendo cambios a nivel psicológico, social, físico y biológico. A partir de estas premisas, el individuo no debe interpretarla como un momento de fracaso, pérdida ó deterioro, sino asumir dicho periodo de forma positiva.

En términos generales, el aumento de las personas mayores de 60 años avanza tan rápido que sectores como la prevención, la investigación, el otorgamiento de servicios y las organizaciones políticas así como las administrativas, no alcanzan a elaborar y estructurar de forma rápida y eficaz programas de servicios para mejorar la Calidad de Vida de esta población. Cabe destacar, que la información existe sin embargo no es suficiente. En este aspecto, la evaluación es fundamental porque lo que requieren hay que buscarlo en su comportamiento, es decir, en lo que hacen y cómo lo hacen al igual que en lo que demandan mediante la comunicación, particularmente porque lo que expresan nos ayuda a proporcionarles los recursos que realmente necesitan para hacer frente a las dificultades, en lugar de proporcionarles los que nosotros, a nuestro criterio consideramos.

De esta forma, al igual que otras ciencias, la contribución de la Psicología tiene un papel muy importante ya que al envejecer se van presentando una serie de cambios a nivel de percepción, memoria, en el procesamiento de la información, así como en el comportamiento (ej. las reacciones específicas frente a nuevas dificultades).

Por otra parte, al llegar a dicha etapa el individuo se enfrenta a una serie de pérdidas en diversas dimensiones, mismas que se reflejan en la Calidad de Vida y en el funcionamiento. En este sentido, los niveles de Calidad de Vida varían en función de cada cultura, estructura social, sistema político e incluso edad, sexo y dimensiones de personalidad como expectativas, creencias e ideales; por lo que analizarlos, significa estudiar las expectativas de transformación para dichas

condiciones. Sin embargo, aunque el objetivo sea la mejora en las circunstancias de vida, es necesario considerar que desafortunadamente una parte considerable de la población senil vive en la pobreza, la enfermedad y el aislamiento social. Ante tales condiciones, la participación en el cambio mencionado constituye una pequeña parte, de allí la importancia de los equipos multidisciplinarios. Así mismo, es necesario considerar que para evaluar la Calidad de Vida en los Adultos Mayores, se requiere tomar en cuenta la perspectiva de envejecimiento descrita anteriormente.

Existe un gran número de creencias respecto a la Vejez y su relación con la Soledad, la más destacada señala que los Adultos Mayores al llegar a ésta etapa experimentan con mayor frecuencia sentimientos de soledad y abandono, debido a que los estereotipos sociales señalan que son menos apoyados por sus redes sociales. No obstante, es probable que presenten pérdidas a nivel social, por algunos de los siguientes eventos: viudez, jubilación, ingreso a una Institución ó por el deterioro en el estado de salud. Sin embargo, la disminución de los contactos sociales no determina la falta de redes proveedoras de apoyo.

En conclusión, es necesario explorar y evaluar si existe o no la presencia de sentimientos de soledad en una muestra de Adultos Mayores que asisten a una clínica de salud, así como valorar sus niveles de Calidad de Vida y determinar si ambas variables se relacionan.

Por último, uno de los tantos papeles de los psicólogos en ésta área es promover un envejecimiento sano y funcional, en donde los cambios que se presenten los vivan de una manera favorable, lo que traerá como consecuencia una adaptación óptima con la que se sentirán mejor en esta última etapa de la vida y con ello manifiesten una mejor Calidad de Vida. Además, la revisión de los estudios psicológicos acerca de la población senil, nos ayudan a identificar las variables y a puntualizar más aquellas que pueden contribuir a consolidar en la actualidad, la seguridad de los individuos y disminuir su malestar psicológico.

4.1.5 Hipótesis de investigación:

- H1 Existe correlación entre los sentimientos de Soledad y Calidad de Vida.
- H2 Los Adultos Mayores con edades comprendidas entre los 70-90 años presentan en mayor proporción una Calidad de Vida Baja.
- H3 Las mujeres manifiestan una mayor Calidad de Vida.
- H4 Los individuos que viven con alguien tienen una Calidad de Vida alta, en comparación de los que viven solos.
- H5 Las personas que tienen como actividad principal el trabajo presentan una mejor Calidad de Vida.
- H6 El padecer alguna enfermedad origina una menor Calidad de Vida.

4.2 Metodología de la Investigación.

4.2.1 Tipo de estudio, tamaño y diseño muestral:

El tipo de estudio utilizado para dicho propósito fue *correlacional-transversal*, ya que se quería determinar la relación entre las variables Soledad y Calidad de Vida, midiendo en un único momento las variables de interés.

El tipo de muestra fue *no probabilística de sujetos voluntarios*, que asistían a la Clínica de Salud y quienes aceptaron participar de forma voluntaria. Los principales criterios para su selección fueron que tuvieran 60 años cumplidos o más y que estuvieran adscritos, es decir, derechohabientes.

4.2.2 Participantes:

Participaron 215 adultos mayores, con un rango de edad entre los 60 y los 90 años; el 61% de la muestra fueron mujeres, mientras que el 39% correspondió al género masculino, los cuales acuden regularmente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. No se tomó en cuenta su

escolaridad ni su género; en contraparte, se tomó en cuenta su participación voluntaria consentida e informada.

4.2.3 Criterios de inclusión:

- ⊙ Que tuvieran 60 años cumplidos.
- ⊙ No se tomó en cuenta su género, estado civil, actividades principales, ni con quién vive, entre otros.
- ⊙ Que su participación fuera de manera voluntaria, firmando el *consentimiento informado*.
- ⊙ Derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- ⊙ Individuos que concluyeran la entrevista.

4.3.4 Criterios de exclusión:

- ⊙ Menores de 60 años.
- ⊙ Los individuos que se retiraron y no concluyeron la entrevista. Por lo tanto los cuestionarios incompletos.
- ⊙ Adultos Mayores no derechohabientes.
- ⊙ Se eliminaron los cuestionarios que no cumplieron con los criterios de inclusión.

4.2.5 Materiales:

- ✦ Hojas blancas y de colores.
- ✦ 215 Baterías de Pruebas Psicológicas.
- ✦ Gafete de Identificación (Psicólogos)
- ✦ Bata blanca (Psicólogos).
- ✦ Tarjetas con las que se ilustraron las opciones de respuesta para cada Instrumento.

- ✦ Sillas.
- ✦ Mesas.
- ✦ Plumas y lápices.

4.2.6 Instrumentos de Medición:

La entrevista consistió en la aplicación de los siguientes Instrumentos de Evaluación Psicológica, así como una ficha de datos sociodemográficos. A continuación se describen:

- ψ *Ficha de Datos Sociodemográficos*: Sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel máximo de estudios, padecimiento de alguna enfermedad, actividades que realiza en su vida cotidiana, religión y prácticas, entre otros (Anexo No. 3).
- ψ *Instrumento WHOQoL-Breve*. Preparado por la OMS, traducido y adaptado por González-Celis y Sánchez-Sosa (2002), el cual consta de 26 reactivos con cinco opciones de respuesta, mide Calidad de vida en cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente (Anexo No. 4).
- ψ *Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (Montero, 2000)*. Contiene 38 reactivos, con 5 opciones de respuesta, mide Soledad en cuatro factores: Bienestar Emocional, Amistad, Pareja y Compañeros (Anexo No. 5).

4.2.7 Escenario:

Las aplicaciones se llevaron a cabo en dos lugares, mismos que se determinaron por el participante. De esta forma, si el paciente tenía consulta médica, la aplicación se llevó a cabo en unas sillas de la sala de espera cercanas a la puerta del consultorio; si contaba con tiempo suficiente y no tenían cita médica, entonces se le conducía al Aula de la Clínica. Se procuró que los lugares

fueran en la medida de lo posible, lo suficientemente privados, con adecuadas condiciones de iluminación y libres de posibles distractores como el ruido. La duración aproximada para dicha entrevista fue de 90 minutos.

4.2.8 Definición de Variables:

- ◇ Vejez: Deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo esencialmente irreversibles e intrínsecos a todos los miembros de la especie (Handeler, 1994).
- ◇ Calidad de Vida: La percepción personal de un individuo, de su situación de vida dentro del contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (OMS 1991, citada en Nieto et. al., 2004).
- ◇ Soledad: Experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente (Peplau y Perlman, 1981).
- ◇ Edad: Años cumplidos a partir de los 60.
- ◇ Género: Mujer u Hombre.
- ◇ Con quien vive: Sólo ó con alguien.
- ◇ Actividad principal:
 1. Trabajo
 2. Labores del hogar.
- ◇ Padecimiento de alguna enfermedad: La presencia ó ausencia informada por el individuo.

4.2.9 Procedimiento:

Inicialmente se estableció contacto con la autoridad encargada para los asuntos relacionados con el Área de Educación en la Clínica, en este caso el Jefe de Enseñanza debido a que él es el encargado de la aprobación de los programas

educativos, lo cual permitió que se proporcionara la autorización de la aplicación de los Instrumentos de Evaluación en el interior de la Clínica, por lo tanto se tuvo acceso a toda la población afiliada. Posteriormente cuando se obtuvo la autorización, se invitó de forma personal a cada uno de los Adultos Mayores que se encontraban en alguna de las tres salas de espera con las que cuenta la Clínica, se les saludaba y se les comentaba que la evaluación era gratuita, que tenía una duración aproximada de una hora y algunos beneficios de la misma; si en ese momento no contaban con el tiempo suficiente, entonces se les entregaba un tríptico (Anexo No. 7) en el cual se les explicaba: el lugar en el interior de la Clínica al que debían acudir para pedir información, los días y los horarios en los que se llevarían a cabo las aplicaciones así como la utilidad que tendría conocer algunos aspectos psicológicos relacionados con la evaluación. Para finalizar se les agradecía su atención y se les invitaba cordialmente a realizarse la evaluación en alguno de los horarios y días disponibles. En contraparte, si en ese momento el Adulto Mayor contaba con el tiempo suficiente y además manifestaban particular interés por la evaluación, entonces se buscaban asientos que estuvieran cerca de la puerta del consultorio médico asignado, con el fin de prestar atención a la persona que anunciaba a quien le tocaba el siguiente turno, así mismo, un lugar lo suficientemente privado, con iluminación suficiente así como libre de posibles distractores como el ruido. Al inicio, se le daba lectura al consentimiento informado (Anexo No. 6), mismo en el que el participante tenía que poner la fecha, su nombre y firma, acciones que también realizaba el psicólogo encargado, posteriormente se continuó con la aplicación de los Instrumentos de Evaluación. Cuando las condiciones lo permitían, se utilizaron las tarjetas de respuesta (Anexo No. 9), que ayudaban al Adulto Mayor a contestar con mayor precisión y facilidad.

4.2.10 Análisis de Resultados:

Se elaboró una base de datos con el programa estadístico SPSS versión 12.0 en la que se capturó toda la información de los Instrumentos de Evaluación Psicológica.

De la información recabada mediante la ficha de datos sociodemográficos se encontró lo siguiente:

Estado Civil: En su mayoría (54%) refirieron ser casados y el 24% viudos. En tanto que otros porcentajes menores señalaron otro estado civil (Figura 1).

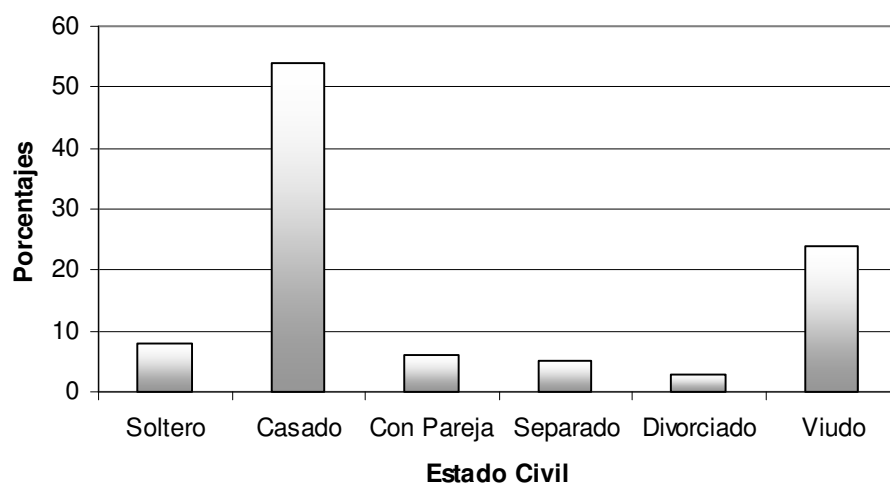


Figura 1. Porcentajes del Estado Civil.

Con quién viven: El 89% viven con alguien y el 10% viven solos (Figura 2).

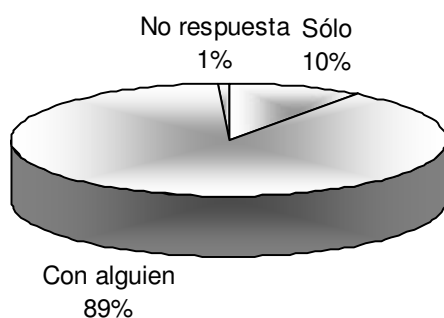


Figura 2. Porcentajes correspondientes a Con quién Vive.

Respecto a su **nivel máximo de estudios** los participantes señalaron: 31% primaria, 23% profesional, 21% nivel técnico, 13% secundaria, 7% ninguno y el 5% bachillerato (Figura 3).

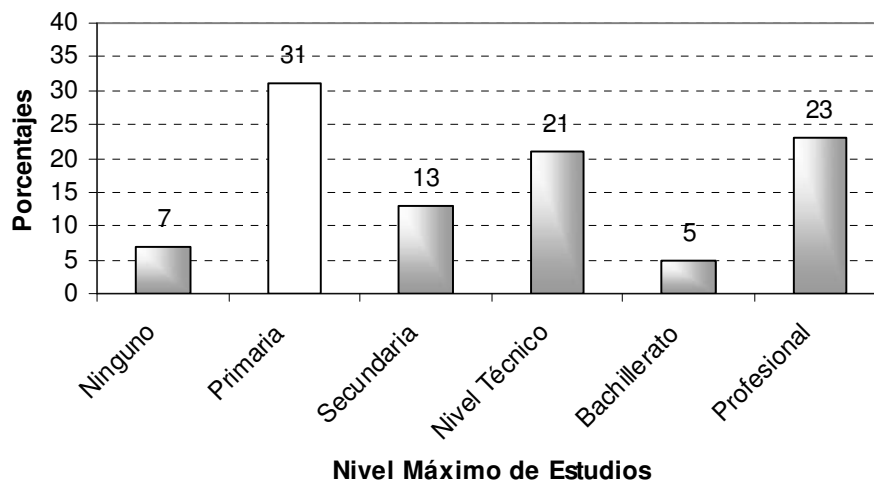


Figura 3. Porcentajes del Nivel Máximo de Estudios.

De las **actividades principales** que realizan en la actualidad: El 36% son retirados, jubilados o pensionados, el 33% se dedica a las labores del hogar, el 12% trabaja por su cuenta, el 10% son empleados, el 8% realizan otra actividad y menos del 1% busca trabajo (Figura 4).

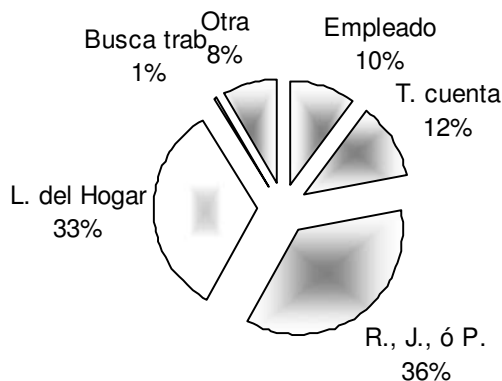


Figura 4. Porcentajes de las Actividades Principales.

Padecen alguna enfermedad: El 76% mencionó la presencia de un tipo de enfermedad, mientras que el 20% negó estar enfermo y un 4% no contestó (Figura 5).

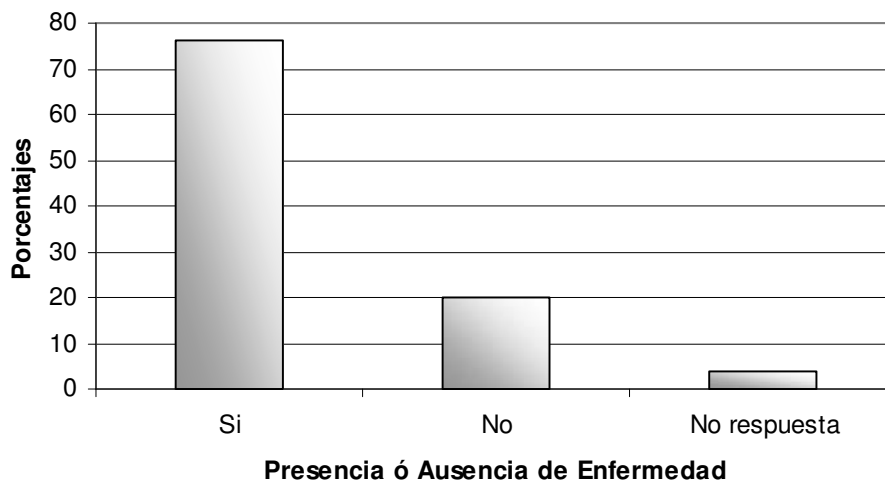


Figura 5. Porcentajes de la incidencia de Enfermedad.

De las **enfermedades** señaladas por los Adultos Mayores que reportan estar enfermos, se encuentran: Las crónico-degenerativas (C.-D.) con el 40%, agudas y músculo-esqueléticas (M.-E.) con el 8%, auditivas ó visuales (A. ó V.) 1%, mentales 1%, otras 12%, más 9%. Mientras que el 20% no contestó (Figura 6)

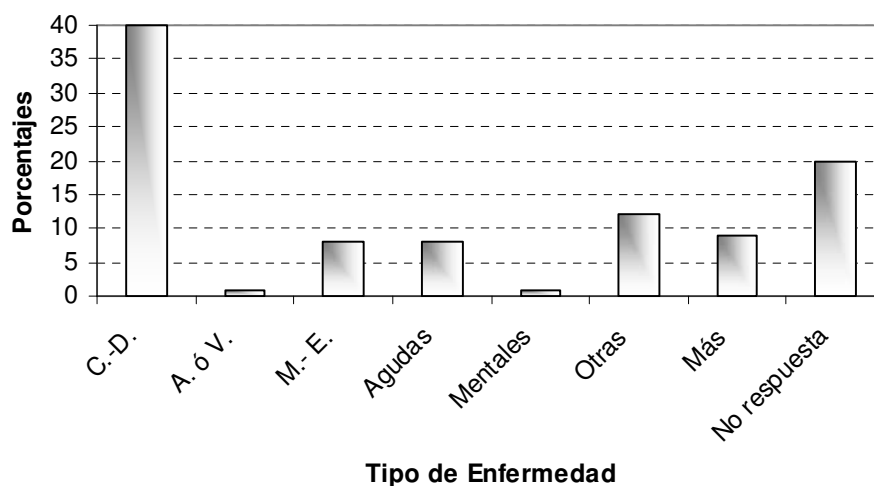


Figura 6. Porcentajes del Tipo de Enfermedad.

Respecto a si contaban con algún **ingreso económico**: el 87% afirmó si tenerlo, mientras que el 13% dijo no tener ningún ingreso económico (Figura 7).

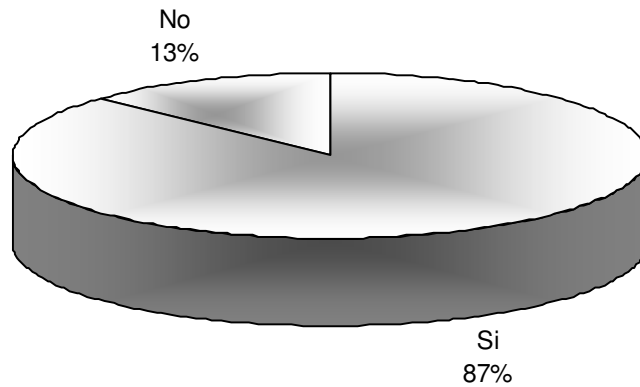


Figura 7. Porcentajes del Ingreso Económico.

En las **actividades de Tiempo Libre** señalaron: El 62% ve la televisión ó escucha música, el 17% realiza actividades del hogar, el 5% manualidades, el 4% otras, el 1% oficios y dormir ó descansar, el 0.5% deportivas y el 4% no contestó (Figura 8).

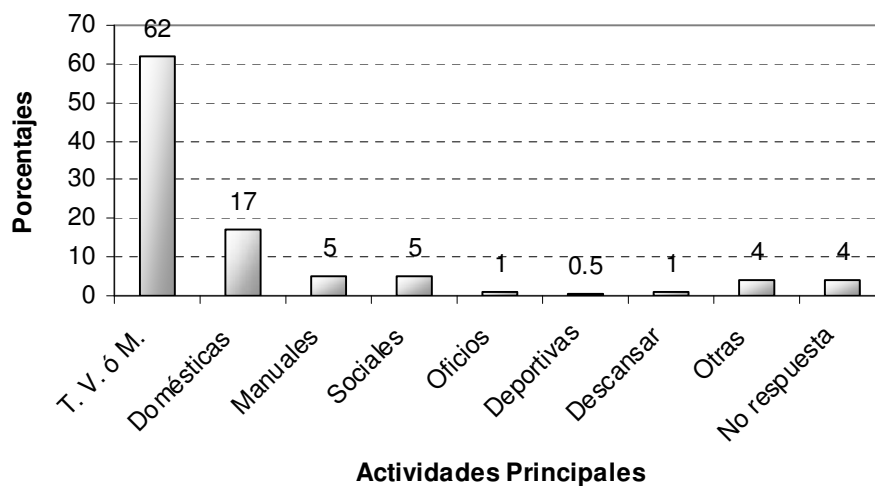


Figura 8. Porcentajes de las Actividades de Tiempo Libre.

En cuanto a **problemas y preocupaciones**: El 34% reportó tener problemas familiares, el 20% de salud, el 16% económicos, el 9% no contestó, el 8% emocionales, el 7% ninguno y el 6% sociales (Figura 9).

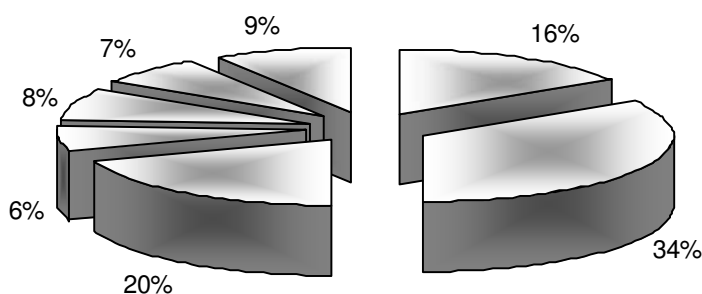


Figura 9. Porcentajes correspondientes a Problemas ó Preocupaciones.

4.2.10.1 Análisis de Calidad de Vida y Soledad, relación con las variables sociodemográficas (edad, sexo, con quién vive, nivel máximo de estudios, actividad principal, presencia ó ausencia de enfermedad y problemas/preocupaciones):

Con la finalidad de mostrar las relaciones entre Calidad de Vida y algunos aspectos sociodemográficos así como con la variable Soledad, se realizaron los siguientes análisis:

Calida de Vida y Soledad: Al correlacionar los puntajes directos para la escala de soledad y calidad de vida se encontró una relación inversa moderada y significativa ($r = -0.58$; $p = .00$).

Así mismo, se llevó a cabo un análisis en el cual se tomó en cuenta la variable **Edad** y la apreciación de los entrevistados referente a su **Calidad de Vida**, en la tabla 1 se observa que el grupo de 60-69 años presenta Moderada Calidad de Vida al igual que el grupo de 70-79 años, mientras que el grupo de 80-90 años el mismo número de entrevistados perciben la Calidad de Vida como Moderada y Baja (Tabla 1).

Tabla 1. Número de Personas clasificadas por Edad y sus niveles de percepción de Calidad de Vida.

Edad	Calidad de Vida			Total
	Baja	Moderada	Alta	
60-69 años	30	58	36	124
70-79 años	18	32	12	62
80-90 años	4	4	1	9
Total	52	94	49	195

Al relacionar el puntaje total de cada uno de **los dominios del Instrumento de Calidad de Vida** con los de **Soledad**, se encontró para todos los casos relaciones inversas, moderadas y significativas (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre los dominios de Calidad de Vida y Soledad.

Dominio vs.	r	P
Soledad		
Salud Física	-0.48	.00
Salud Psicológica	-0.49	.00
Relaciones Sociales	-0.48	.00
Medio Ambiente	-0.35	.00

Los resultados del análisis con algunas variables sociodemográficas y los niveles de Calidad de Vida (identificados con el WHOQoL-Breve), se presentan a continuación:

Género: Al entrelazar el **sexo** de los adultos y su apreciación de su **Calidad de Vida**, se encontró que el grupo correspondiente al sexo femenino presenta una Calidad de Vida Moderada, cabe destacar que este grupo es el de mayor incidencia. En cuanto al grupo del masculino, señalaron tener Moderada Calidad de Vida (Tabla 3).

Tabla 3. Número de Adultos Mayores agrupados por Sexo y su percepción de Calidad de Vida.

Sexo	Calidad de Vida			Total
	Baja	Moderada	Alta	
Femenino	37	50	27	114
Masculino	15	45	22	82
Total	52	95	49	196

Calidad de Vida y Con Quién Vive: La Tabla 4 muestra los Niveles de Calidad de Vida en que se ubica a los participantes, dependiendo de si viven solos o acompañados. Se resalta que un mayor número de los Adultos Mayores que viven con alguien tienen un Nivel de Calidad de Vida Moderado.

Tabla 4. Frecuencia del nivel de Calidad de Vida y Personas Con Quien Habita.

Con quien vive	Niveles de Calidad de Vida			Total
	Baja	Moderada	Alta	
Solo	3	11	5	19
Con alguien	48	83	44	175
Total	51	94	49	194

Calidad de Vida y Nivel Máximo de Estudios: Al realizar el cruzamiento de éstas variables, destaca que el nivel máximo de estudios corresponde a Primaria y de éste grupo los participantes tienen un Nivel de Calidad de Vida Moderado, nivel que predomina en los demás grupos, a excepción de los participantes con secundaria, en donde predomina un nivel de Calidad de Vida Bajo y Moderado (Tabla 5).

Tabla 5. Número de Adultos Mayores por nivel de Estudios y su apreciación de Calidad de Vida.

Nivel de Estudios	Niveles de Calidad de Vida			Total
	Baja	Moderada	Alta	
Ninguno	5	8	2	15
Primaria	20	29	12	61
Secundaria	11	11	4	26
Nivel Medio	11	25	14	50
Nivel Superior	5	22	17	44
Total	52	95	49	196

Calidad de Vida y Actividad Principal: Debido a que una gran parte de las personas entrevistadas corresponde al género femenino, hay un alto número de personas que realizan labores del hogar. Cabe destacar, que las personas que trabajan, tienden a presentar una Alta Calidad de Vida, en comparación de las que sólo realizan labores del hogar (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de Adultos Mayores y Calidad de Vida, así como la Actividad Principal que realizan.

Actividad Principal	Niveles de Calidad de Vida			Total
	Baja	Moderada	Alta	
Trabajo	11	25	11	47
Hogar	26	25	12	63
Total	37	50	23	110

Calidad de Vida y Enfermedad: En la Tabla 7, se observa que la mayor parte de la población se encuentra enferma y su Calidad de Vida es Moderada, nivel de Calidad de Vida que predomina en las personas que no están enfermas (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de Personas, la relación entre Calidad de Vida y Enfermedad.

¿Está enfermo?	Niveles de Calidad de Vida			Total
	Baja	Moderada	Alta	
Si	40	71	37	148
No	11	18	11	40
Total	51	89	48	188

Calidad de Vida y Problemas/Preocupaciones: La Tabla 8 presenta el tipo de problemas que mencionan tener los Adultos Mayores y su Nivel de Calidad de Vida. Resalta que los problemas que predominan son de tipo familiar y de salud, siendo la Calidad de Vida de este grupo Moderada. Mientras que el Nivel de Calidad de Vida es alto para las personas que señalaron no tener problemas o preocupaciones (Tabla 8).

Tabla 8. Número de Personas y el tipo de Problemas/Preocupaciones, en relación con la Calidad de Vida.

Problemas o Preocupaciones	Niveles de Calidad de Vida			Total
	Baja	Moderada	Alta	
Económicos	8	17	8	33
Familiares	19	32	14	65
De salud	14	17	11	42
Sociales	1	9	2	12
Emocionales	5	8	1	14
Ninguno	2	4	7	13
Total	49	87	43	179

4.2.10.2 Análisis relacionado al Instrumento de Soledad:

Al realizar el análisis específico para la información recabada con el Instrumento de Soledad, se obtuvo lo siguiente:

Al cruzar la variable **Edad** de los entrevistados con la **percepción de Soledad**, se encontró que el número de Adultos con un rango de edad de 60-69 años reportan Baja Soledad al igual que el grupo de 70-79 años, en comparación con el grupo de 80-90 años que señalan tener Moderada Soledad, los resultados se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Frecuencia de Adultos Mayores clasificados por Edad y niveles de Soledad.

Edad	Soledad			Total
	Baja	Moderada	Alta	
60-69 años	57	45	0	102
70-79 años	34	24	1	59
80-90 años	2	5	0	7
Total	93	74	1	168

Al entrelazar el **sexo** de los adultos y su apreciación de **sentimientos de Soledad**, se encontró que el grupo correspondiente al sexo femenino presenta Soledad Baja, cabe destacar que este grupo es el de mayor incidencia. En cuanto al grupo de sexo masculino señalaron tener Moderada Soledad (Tabla 10).

Tabla 10. Número de Adultos Mayores agrupados por Sexo y su percepción de Soledad.

Sexo	Soledad			Total
	Baja	Moderada	Alta	
Femenino	61	38	1	100
Masculino	32	36	0	68
Total	93	74	1	168

Tomando en cuenta los puntajes de cada uno de **los dominios del Instrumento de Soledad** y correlacionarlos con el **Instrumento de Calidad de Vida** se encontraron relaciones inversas, moderadas y significativas en todos los casos, los resultados se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11. Relaciones entre los dominios de Soledad y Calidad de Vida

Dominio vs. Calidad de Vida	r	P
Bienestar Emocional	-0.53	.00
Amistad	-0.39	.00
Pareja	-0.60	.00
Compañeros	-0.50	.00

Al relacionar el **dominio de Bienestar Emocional**, correspondiente al **Instrumento de Soledad** y el **dominio Salud Psicológica** perteneciente al **Instrumento de Calidad de Vida**, se obtuvo una relación indirecta, moderada y significativa ($r = -0.56$; $p = .00$).

Así mismo, se relacionó el **dominio de Amistad** (Instrumento de Soledad) y **Relaciones Sociales** (Instrumento de Calidad de Vida), el resultado de esta asociación es negativo, moderado y significativo ($r = -0.42$; $p = .00$).

El resultado de asociar **el dominio de Compañeros** que corresponde al Instrumento de Soledad y **el factor de Relaciones Sociales** perteneciente al Instrumento de Calidad de Vida, mostró una relación indirecta, moderada y significativa ($r = -0.40$; $p = .00$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue determinar si los Sentimientos de Soledad interfieren en la Calidad de Vida de una muestra de 215 Adultos Mayores que asisten a una Clínica de Salud, por lo que para tal propósito, los resultados indican una relación inversa, moderada y significativa, es decir, a mayor Calidad de Vida, menores Sentimientos de Soledad y viceversa. Por lo tanto, se comprueba que la Soledad incide en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores y esta relación se explica en función de que la Soledad incurre en cada una de las áreas que engloba la última variable ya que éste resultado se encontró también en las áreas particulares de la Calidad de Vida evaluadas a través del WHOQoL-Breve (relaciones inversas, moderadas y significativas). En este aspecto, en el **Área de Salud Física** se entiende dicha relación ya que si un Adulto Mayor presenta un óptimo nivel consigue un alto índice de recursos, por ejemplo utiliza acciones sencillas como salir a la calle y procurar encuentros casuales, llevar a cabo diversas visitas, asistir a excursiones, entre otros, para combatir la Soledad en cada una de las circunstancias de la vida cotidiana en que se presente (Iglesias De Ussell, 2001). En cambio cuando refiere un deterioro causado por una enfermedad ó por la acumulación de achaques que sin ser altamente perjudiciales determinan que sufra de situaciones de indisposición y por tales condiciones es probable que presente un nivel de Calidad de Vida mas bajo. Particularmente los problemas que afectan la movilidad y los desplazamientos provocan que las relaciones sociales se orienten únicamente al espacio doméstico y es muy común identificar la incidencia de Soledad en aquellos individuos que presentan confinamiento en cama, silla de ruedas, casa, etc. (Iglesias De Ussell, 2001). En lo referente al **Área de Salud Psicológica** es evidente que se presentara un resultado significativo, mismo que se explica en función de que la Soledad tal y como señalan Muchinik E. y Seidmann S. (2005) es un sentimiento prolongado, desagradable, involuntario de no encontrarse significativamente o de manera

próxima con alguien, por lo tanto es una apreciación subjetiva, en la que el individuo afirma “me siento solo”. Cabe destacar, que en la Vejez existen diversos acontecimientos que pueden afectar el bienestar Psicológico de los Adultos Mayores, entre éstos están la viudez y la jubilación. En el primer caso, Iglesias De Ussell (2001) afirma que es difícil establecer comportamientos comunes al momento de enfrentarse a la dolorosa circunstancia, ya que cada uno depende del entorno familiar y social que los rodea así como de la personalidad, por lo tanto cada uno de ellos determinará la adaptación. Así mismo, les cuesta trabajo controlar y evitar cada uno de los sentimientos negativos con los que se sienten tristes y desilusionados por la vida, aunado a que la percepción de la falta de intimidad conyugal vacía de sentido su vida y ocasiona problemas tan graves como la depresión. En síntesis, cuando el Adulto Mayor se enfrenta a la muerte del cónyuge presenta diversas alteraciones en el estado de ánimo. En el caso de la jubilación, el aspecto psicológico se orienta principalmente a la actitud con la cual se enfrente el individuo a ésta etapa, además si se perciben como un estorbo para sus hijos determinará que el nivel de intimidad de sus relaciones sea muy bajo, por lo que aparecerán la desconfianza y la falta de comunicación, situaciones que conducen al aislamiento familiar (Iglesias De Ussell, 2001). De tal forma, si durante la jubilación, aún no han perdido a la pareja, imaginar su muerte es rechazado por el profundo miedo a la Soledad (Iglesias De Ussell, 2001). Por su parte, en el área de **Relaciones Sociales** la literatura menciona que diversos estudios (Carteasen 1990, citado en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) han puesto en evidencia que se produce un notable descenso de la actividad social durante la Vejez, sin embargo no determina la inexistencia de redes sociales proveedoras de apoyo, aunque en algunos casos es probable que experimenten sentimientos de soledad causados por el deterioro en las relaciones familiares (Madrigal M., 2000) y autores como Iglesias De Ussell (2001) lo comprueba afirmando que la escasez de apoyo que perciben -sea real o percibido- desde la familia, es capaz de motivar una profunda sensación de abandono. Es importante señalar, que los Adultos Mayores en comparación a otros grupos de edad son más vulnerables a perder relaciones sociales de apoyo porque ocurren eventos

característicos de la etapa como son: viudez, jubilación, la Institucionalización, el declive del estado de salud y el bajo nivel de recursos educativos (Albarracín D. y Goldestein de Muchinik, 1994). Otros factores, por ejemplo que en determinadas profesiones se fomentan las relaciones sociales entre los compañeros de trabajo trae como consecuencia que al jubilarse el cambio al ámbito domestico propicie la aparición de la Soledad por la falta de convivencia (Madrigal, M., 2000) ó puede que al quedar viudo no logre compensar las diversas consecuencias negativas en el plano psicológico, aunque reciba un excelente apoyo por parte de los familiares, amigos y del vecindario, aunado a que en su mayoría los viudos tienen a recluirse en el hogar, originando que se deterioren sus relaciones lo que deriva en situaciones de aislamiento social (Iglesias De Ussell 2001) mismo que determina el deterioro de las funciones cognoscitivas, argumento comprobado por León y cols. (1991, citado en De la Gandara M. 1995). De esta forma, Antonocci (1982, citado en Albarracín D. y Goldestein de Muchinik, 1994) menciona que las medidas de apoyo social percibidas tales como la satisfacción marital así como la frecuencia de contacto con amigos y parientes se asocian con los niveles de bienestar, felicidad y satisfacción en la vida de los Adultos Mayores, de allí la importancia de las relaciones sociales y su relación con la soledad. Por lo tanto, cada uno de los factores mencionados, explican porque se encontró una relación significativa e inversa. En el área de **Medio Ambiente**, existe relación entre la soledad y los factores ambientales tal y como señala Jones (1982, citado en Montero y L. L., 1998) ya que ha encontrado que las condiciones que favorecen la aparición de los sentimientos de soledad son las siguientes: la movilidad social, la urbanización y los cambios abruptos en los escenarios de vida, en este último aspecto Iglesias De Ussell (2001) afirma que la rotación residencial es un problema muy común al que se enfrentan (inclusive si se cuenta con la pareja) ya que deteriora las redes extra-familiares y con el paso del tiempo acaban desapareciendo. De esta forma, dicha relación se explica mediante otros factores que describen diversos autores, por ejemplo Iglesias De Ussell (2001) menciona que la lejanía residencial de los hijos (principalmente por motivos laborales) trae como consecuencia una sensación de aislamiento familiar que deriva en

sentimientos de soledad ya que carecen de una importante fuente de apoyo. Por su parte, Belsky J. (2001) argumenta que en lo referente a la residencia, algunos viven en el campo en su mayoría en condiciones de pobreza y aislados de la sociedad, con carencia de servicios y de transporte que posibiliten su traslado, lo que obstaculiza las relaciones sociales; mientras que otros residen en las grandes ciudades. En otros casos, algunos optan por la Institucionalización y su ingreso es percibido como una señal evidente de abandono por parte de la familia, debido a la sensación de desamparo que provoca imaginar los últimos días de la vida entre la lejanía y el olvido de una residencia (Iglesias De Ussell, 2001). En conclusión, cada una de las situaciones mencionas ejemplifican porque la soledad se relaciona con algunos de los diversos factores a nivel ambiental que describen diversos autores. Es importante señalar, que de las áreas analizadas, es decir, las que engloba la Calidad de Vida (Salud Física y Psicológica, Relaciones Sociales) los resultados indican que ésta fue la que tuvo una relación más débil.

Por otra parte, los Adultos Mayores con edades comprendidas entre los 70-90 años presentan en mayor proporción una Calidad de Vida Moderada y no baja como se planteó al inicio, tal discrepancia puede explicarse con lo que señalan Paul Baltes y Margaret Baltes (1993, citados en González-Celis 2005) que en la actualidad los Adultos Mayores cuentan con mas recursos a nivel educativo, ocupacional, ingresos económicos y relaciones sociales que deben emplearse eficazmente para aminorar las pérdidas asociadas a la edad e incrementar las ganancias. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que si la Calidad de Vida presentara un nivel mas bajo diversos factores interferirían, por ejemplo que los sentimientos de soledad avanzan con la edad por los siguientes factores: cambios en la salud, en el estado civil y la incertidumbre acerca del futuro para desarrollar una vida autónoma (Madrigal M., 2000). Así mismo, esta comprobado que las relaciones familiares y las amistades disminuyen cuando se alcanza la séptima década y posteriores (Kalish R., 1996) debido principalmente a las limitaciones en la salud y a los problemas para moverse, lo que origina que se restrinja su capacidad para tener amigos íntimos, aunado a que la muerte de los compañeros

de edad reduce las oportunidades para los contactos sociales. En este aspecto, Antonocci y Akiyama (1987, citados en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) realizaron un estudio y encontraron que el grupo con edades comprendidas entre los 75-95 años argumentaron proporcionar menos apoyo que los demás integrantes de la muestra.

En relación a cuestiones de género, Iglesias De Ussell (2001) menciona que el femenino tiene mayor capacidad para estar sin compañía, en comparación del masculino que tiende a ser mas dependiente no solo en los aspectos materiales sino también en los instrumentales. De esta forma, ellas disponen de un alto índice de recursos personales y sociales más eficaces para prevenir la soledad ó superarla en los momentos en los que se padece, mientras que en ellos son un poco más limitados. Un ejemplo para ilustrar dicho planteamiento es el ámbito doméstico ya que las posibilidades de relación efectuadas por amigas y vecinas son más frecuentes para las mujeres que para los hombres; la compañía proporciona un recurso valioso de apoyo emocional. En este sentido, autores como Albarracín D. y Goldestein de Muchinik (1994) apoyan la premisa descrita en las líneas anteriores, argumentando que el apoyo social de los Adultos Mayores varía en función del género y no de la edad, ya que los trabajos realizados han encontrado que las mujeres tienen redes de apoyo social más amplias. Por ejemplo Seelbach (1977, citado en Fernández-Ballesteros, 1992) menciona que en la comparación que llevo a cabo entre mujeres y hombres viudos le permitió concluir que en una gran proporción, ellas cuentan con el apoyo de los hijos y lo perciben en cuatro dimensiones: 1) cuidado y preocupación, 2) integración social, 3) amor y cariño, 4) apoyo instrumental (ej. ayuda financiera). Por lo tanto, las mujeres no sólo obtienen un alto índice de recursos a nivel social, sino también en el aspecto de la residencia en donde muestran mayor ventaja en comparación de los hombres ya que las que viven solas, mientras cuentan con una excelente salud, mantienen un adecuado nivel de autonomía residencial, es decir, no requieren ayuda para la elaboración de alimentos, el arreglo de la ropa, entre otros (Iglesias De Ussell, 2001). Por otro lado, al tomar en cuenta los argumentos

señalados por los autores se esperaba un mayor resultado para el género femenino, no obstante los resultados indican que la Calidad de Vida para ambos géneros fue moderada. La divergencia en tal resultado, se explica en función de que existen diversos aspectos que inciden en la Calidad de Vida de las mujeres, por ejemplo Dean, Kolody, Word y Matt (1992, citados en Albarracín D. y Goldstein de Muchnik, 1994) mencionaron que las mujeres que vivían solas presentaban más síntomas físicos, dicho de otra forma, mayor deterioro en la salud física, en comparación de los hombres. Por su parte, en relación a la frecuencia de los sentimientos de soledad, en sus investigaciones Essex y Nam (1987, citados en Albarracín D. y Goldstein de Muchnik, 1994) encontraron que el 38,5% de las mujeres Adultas Mayores, mencionaron sentirse solas con una frecuencia de “a veces” ó “a menudo”. En este sentido, al tomar en cuenta la soledad y el estado civil, las mujeres casadas y las que nunca lo habían hecho señalaron sentirse solas con menor frecuencia, en contraparte las mujeres viudas fueron las que presentaron mayores niveles de sentimientos de soledad debido que a que no habían podido reemplazar las funciones de apoyo que satisfacían cuando se encontraba con el cónyuge. Esta misma situación fue observada por Jamona (1990, citado en Albarracín D. y Goldstein de Muchnik, 1994) en un grupo de 200 mujeres de la India, la investigación indicó que las viudas tenían menor apoyo que las que no lo eran, incluso las solteras ó casadas. Es importante señalar, que en ambos géneros el hecho de no tener hijos, contribuye significativamente a dichos sentimientos (Lehr U., 2003). En relación al estado civil, las mujeres y los hombres viudos al igual que los divorciados, los perciben con mayor frecuencia (Lehr U., 2003).

Por otra parte, vivir sólo ó con alguien no influye significativamente en la percepción del nivel de Calidad de Vida, ya que ambos factores mostraron el mismo resultado, es decir, Calidad de Vida Moderada. En este aspecto, las condiciones descritas en las siguientes líneas, ejemplifican cada una de las posibles situaciones de residencia y convivencia de los Adultos Mayores: algunos prefieren residir solos para tener intimidad y disfrutar de su autonomía, pero

aunque vivan de esta forma, necesitan tener la sensación de apoyo de sus familiares (Iglesias De Ussell, 2001). Cabe destacar, que si deciden vivir con los hijos, la decisión va motivada por problemas económicos, salud muy delicada ó la muerte del cónyuge (Kalish R., 1996). Algunos intentan solucionar su Soledad y el miedo a volverse dependientes de los hijos u otros familiares marchándose a vivir a un asilo. Por su parte otros, al darse cuenta de que las condiciones de la vivienda empeoran conforme pasa el tiempo, optan por trasladarse al mismo anticipando la necesidad de un entorno que les proporcione ayuda al momento de presentarse deterioros a nivel físico y sensorial (Warner S. y Willis S., 2003). En este aspecto, Lieberman, Tobin y Slover (1971, citados en Fernández-Ballesteros et. al., 1992) concluyen que las características del medio al que ingresa un individuo determinan los resultados que se producen. Particularmente los entornos fríos y deshumanizantes tienden a causar declives en el funcionamiento humano, en cambio los que fomentan la autonomía del individuo, traen como resultado algún tipo de mejora. Continuando con las condiciones en las que viven algunos Adultos Mayores, Hernández Z. (1997) realizó una investigación que tuvo como objetivo general determinar la Calidad de Vida de una muestra de personas de la tercera edad, teniendo como base el estudio de sus datos socioeconómicos, de salud mental y física así como sus hábitos alimenticios. En base a los resultados concluye que los Adultos Mayores recluidos en Asilos ó Instituciones viven en una situación de salud general y condición socioeconómica mucho más precaria en comparación de los que viven en sus hogares. Por lo tanto, aunque cada una de las condiciones mencionadas describen los diversos escenarios y las posibles personas con las que pueden vivir, no influyen significativamente en el nivel de Calidad de Vida que mostraron los participantes.

En términos generales, las personas que reportaron tener como actividad principal el trabajo, así como los que desempeñaron dicho papel algunos años atrás tienen una mejor Calidad de Vida en comparación de los que realizan labores del hogar. La relación se determina porque cuando el Adulto Mayor mantiene cierto nivel de vinculación con la profesión anterior que ha desempeñado de forma satisfactoria a

lo largo de su vida, contribuye a que se sienta activo y perciba que emplea de forma útil su tiempo. Por lo tanto, pueden realizar pequeñas actividades remuneradas con las que además de cumplir sus deseos de mantenerse ocupados así como mejorar su posición económica; pueden desempeñarlas satisfactoriamente porque manifiestan contar con la capacidad para participar en el mercado laboral. Es fundamental tomar en cuenta, que el trabajo adquiere un sentido menos exigente porque las actividades que realicen tienen que encontrarse libres de las presiones de la sociedad competitiva. De los aspectos positivos de desempeñar un empleo, destaca que previene la Soledad (Iglesias De Ussell, 2001). De tal forma, aunque realizaran labores del hogar ó pequeños empleos, su Calidad de Vida debería mostrar el mismo resultado, porque para ellos el problema consiste en cómo mantenerse interesados por el futuro, sentirse parte de la sociedad e influir en ella y dichas condiciones se consiguen mediante el cumplimiento de alguna función que tenga valor así como el nuevo planteamiento de un objetivo en la vida, no obstante los resultados señalan que para los primeros su Calidad de Vida es menor. Por lo tanto, a los primeros es conveniente mantenerlos activos el mayor tiempo posible y para los que trabajaron ó trabajan, cuando no puedan desempeñar tareas relacionadas con la actividad profesional se reemplazarán por otras ocupaciones, con lo que se evitaría un corte brusco en su vida y que se perciban como personas inútiles y reemplazadas (Lehr U., 2003). En conclusión, las personas que desempeñaron un trabajo encuentran mayor satisfacción, además obtienen diversos recursos por ejemplo: apoyo social vinculado a las interacciones con los compañeros de trabajo, menor incidencia de sentimientos de soledad porque para prevenirlos, es necesario procurar que no se abandonen cada una de las tareas que se realizan fuera del hogar e integrar en la medida de las posibilidades nuevas acciones.

El planteamiento respecto a que el padecer alguna enfermedad origina una menor Calidad de Vida es opuesto a lo que muestran los resultados, ya que indican que si el Adulto Mayor presenta ausencia o padecimiento de la misma no influye significativamente en su percepción debido a que ambos casos presentan un nivel

de Calidad de Vida Moderado. En la actualidad se tiene conocimiento de que gran parte de las enfermedades y discapacidades que anteriormente se atribuían al proceso de envejecimiento se encuentran relacionadas con el estilo de vida (Lemos S., 1994). De esta forma, la salud en dicha etapa, es el reflejo de factores que intervienen a lo largo de la vida, por ejemplo: las condiciones socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, así como los hábitos de salud que son aspectos decisivos para mantener al organismo sano, mediante acciones como buenos hábitos alimenticios y realizar ejercicio; aunados a los que tienen que ver con la herencia genética. En contraparte, un estilo de vida que incluya variables como: la ingestión de bebidas alcohólicas, inactividad física, depresión, aislamiento social e incidencia de enfermedades crónicas, proporcionará resultados negativos (Warner S. y Willis S., 2003). En conclusión, cada individuo tiene cierto nivel de control sobre su propio envejecimiento (Hansen L., 2003), por lo tanto, cada uno es responsable del nivel de deterioros físicos que se presenten en la Vejez. Cuando los individuos presentan enfermedades, éstas pueden conducir a que perciban un nivel de Calidad de Vida más bajo, en este aspecto Rage A. (1997) menciona que el Adulto Mayor con alguna enfermedad, particularmente si es crónica presenta temor en dos aspectos: 1) por la posible pérdida del funcionamiento cognoscitivo y físico que pueden incrementarse por causas como la depresión ó la angustia, inclusive por la falta de control y 2) las condiciones progresivas de degeneración, dichas características podrían afectar la percepción de su Calidad de Vida. Además, Urraca F. (2005) señala que la salud del Adulto Mayor presenta algunas diferencias en comparación a la de un Adulto. En este aspecto, menciona las siguientes características: A) es común que este sector de la población presente al mismo tiempo varias enfermedades (ej. diabetes, problemas circulatorios e insuficiencia cardiaca), por lo que necesita ingerir varios medicamentos durante el transcurso del día y éstos pueden traer consecuencias negativas a través de dos factores: que los intercambie ó que olvide si los ingirió y lo vuelva a hacer y B) las enfermedades presentan como característica principal la cronicidad por lo tanto los tratamientos son mas prolongados e incluso de por vida. En los adultos suelen ser agudas o

autolimitadas. En conclusión, para los Adultos Mayores enfermos, cada una de las características mencionadas no influyen en que perciban su Calidad de Vida en un nivel mas bajo, por lo tanto ambos grupos presentan el mismo nivel. Es importante mencionar, que la variable relacionada a la salud es la de mayor importancia en su Calidad de Vida, tal y como señala el estudio realizado por Ribera (1992, citado en Garduño E. y Garza S., 2005).

En términos generales, los resultados señalan que se cumplieron cada uno de los objetivos y se le dio una respuesta a cada una de las hipótesis que se plantearon a lo largo del desarrollo de la investigación. De esta forma, se comprueba que existe una relación inversa, moderada y significativa entre las variables Calidad de Vida y Soledad. Cabe destacar, que dado el tipo de estudio, el escenario y el número de participantes, es inapropiado establecer dicha premisa como una relación de variables universal. En relación a las variables sociodemográficas y la Calidad de Vida, en la edad, género, vivir solo ó con alguien y la ausencia ó presencia de alguna enfermedad, el nivel de Calidad de Vida fue Moderado. No obstante, el resultado fue distinto para la variable actividad principal que mostró un nivel Alto. Es fundamental tomar en cuenta, que el tema de la Vejez así como las investigaciones en ésta área muestran una relevancia particular, debido a que en la actualidad los individuos viven más años que en el pasado, debido a que las Ciencias de la Salud han mostrado a lo largo de los años grandes logros a nivel de tecnología. No obstante, la cantidad no es tan importante como la calidad con la que se vivan esos años. En este aspecto, gran parte de la población de los Adultos Mayores viven en la pobreza, la enfermedad y el aislamiento social por lo que frecuentemente su condición de vida esta caracterizada por la falta de servicios sociales, de salud, vivienda, infraestructura sanitaria y desnutrición. En nuestro país, se presentan diversos grados de envejecimiento debido principalmente a la diversidad a nivel de recursos económicos que muestran muchas de las sociedades que lo componen, es decir, algunos son muy pobres, mientras que otros viven en una mejor condición por la pensión económica que reciben. Bajo éstas premisas, el objetivo principal es la mejora de la Calidad de

Vida de los Adultos Mayores y en lo que respecta a la Psicología, su papel va orientado a la mejora del bienestar que incluye tres áreas: el comportamiento (lo que hace), las cogniciones (lo que piensa) y las emociones (lo que siente), mismo que se relaciona con la salud, el afrontamiento, la solución de problemas, el control, la autoeficacia y el desarrollo de habilidades sociales. De esta forma, aspectos como la relación con la familia, el éxito en el ámbito escolar ó laboral, las relaciones de pareja, los estilos saludables, la realización personal, entre otros, se espera que funcionen mejor. Particularmente la Psicología del Envejecimiento tiene como objetivo mejorar la adaptación del Adulto Mayor al proceso de envejecimiento, tomando en cuenta que las intervenciones se orienten en sus necesidades a nivel social y familiar; para tal propósito, los psicólogos cuentan con diversos recursos como son: aplicación e interpretación de pruebas psicométricas, el diseño de programas de intervención en los que utiliza estrategias como solución de problemas, asertividad, juego de roles, establecimiento de comportamientos instrumentales, psicoeducación, modelamiento, re-estructuración cognitiva, entre otras; así como la rehabilitación y el manejo del Adulto Mayor a nivel individual y grupal.

Para finalizar, algunos aspectos generales que se deben tomar en cuenta para futuras investigaciones que utilicen las variables Calidad de Vida y Soledad, se necesita que se realicen en diferentes momentos, es decir, en diferentes años, utilizando otros tipos de estudio, porque el proceso de envejecimiento es diferente entre las generaciones, ya que los retos a los que se enfrentan los Adultos Mayores en la actualidad, son distintos a los que se van a enfrentar las futuras generaciones, así como procurar que las muestras sean proporcionadas en cuanto al número de hombres y mujeres para lograr establecer diferencias oportunas en cuestiones de género. Así mismo, es fundamental que los estudios se lleven a cabo en diversos contextos debido a que es posible que existan diferencias en los resultados que pueda arrojar la población de un Asilo, de un Centro Cultural del INAPAM y de otras clínicas de salud. De tal forma, es relevante el papel de la investigación porque permite precisar –con el paso del tiempo- las variables que

se requieren para elaborar los programas de intervención y promover las conductas que pueden propiciar la mejora en el bienestar de las futuras generaciones de Adultos Mayores y con ello su desempeño al enfrentarse a la última etapa de la vida, sea mejor.

REFERENCIAS

- ✘ Albarracín D. y Goldestein de Muchinik (1994) Redes de Apoyo Social y Envejecimiento Humano. En: J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (373-392) España: Siglo XXI.
- ✘ Aleixandre R. (2002) Un Modelo Teórico sobre Soledad en el Mayor. En: J. Fernández (coord. general) *Temas de Gerontología IV. Universidad de Granada* (355-367) España: Grupo Editorial Universitario.
- ✘ Bazo M. y Maíztegui O. (1999) Sociología de la Vejez. En: M. Bazo (coord.) *Envejecimiento y Sociedad: Una Perspectiva Internacional* (47-57) Madrid: Médica Panamericana.
- ✘ Belsky J. (1996) Psicología del Envejecimiento: Teoría, Investigaciones e Intervenciones. España: Masson.
- ✘ Belsky J. (2001) Psicología del Envejecimiento. España: Paraninfo Thomson Learning.
- ✘ Buendía J. (1994) (comp.) Envejecimiento y Psicología de la Salud. España: Siglo XXI.
- ✘ Buendía J. y Riquelme A. (1994) Jubilación, Salud y Envejecimiento En: J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (73-83) España: Siglo XXI.
- ✘ De la Gándara M. (1995) Envejecer en Soledad, repercusiones psicopatológicas de la Soledad en los Ancianos. Madrid: Ed. Popular.
- ✘ Fernández-Ballesteros, Izal M., Montorio I., González J. y Díaz P. (1992) Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez. Barcelona: Martínez Roca.
- ✘ Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez & Dolores (1999) Que es la Psicología de la Vejez. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ✘ Fernández J. (2002) Salud y Soledad. En: J. Fernández (coord. general) *Temas de Gerontología III. Universidad de Granada* (65-69) España: Grupo Editorial Universitario.

- ✘ Fierro A. (1994) Proposiciones y Propuestas sobre el Buen Envejecer. En: J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (3-25) España: Siglo XXI.
- ✘ Flórez L. (1997) Acción Psicoterapéutica del Ejercicio Físico en el Anciano *Psicología Iberoamericana* (5) No. 2, 39-47.
- ✘ Galinsky D. (1994) Psicogeriatría: Bases, Organización y Experiencia en Israel. En: J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (431-438) España: Siglo XXI.
- ✘ Garduño L. y Garza S. (2005) Desarrollo y Validación de un Instrumento para evaluar la Calidad de Vida en estudiantes Universitarios. En: L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (coordinadores) *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México* (231-237) México: Plaza y Valdez S. A. de C. V.
- ✘ González-Celis R. (2002) Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre Calidad de Vida en Ancianos. *Tesis de Doctorado en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- ✘ González-Celis R. (2005) ¿Cómo mejorar la Calidad de Vida y el Bienestar Subjetivo?. En: L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (coordinadores) *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México* (259-294) México: Plaza y Valdez S. A. de C. V.
- ✘ González-Celis R. & Sánchez-Sosa J. (2003) *Efectos de un Programa Cognitivo-Conductual para mejorar la Calidad de Vida en Adultos Mayores*. *Revista Mexicana de Psicología* (20) No. 1, 43-58.
- ✘ González J. (2005) La Calidad de Vida relacionada a la Salud. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Disponible en: epi.minsal.cl/cdvida/htm/Taller2005/0102juliagonzales.
- ✘ Gonzalo S. (2002) Tercera Edad y Calidad de Vida: Aprender a Envejecer. España: Ariel S. A.

- ✘ Gómez-Vela M. A., Verdugo y Canal R. (2002) *Evaluación de la Calidad de Vida de Adultos con discapacidad Intelectual en Servicios Residenciales Comunitarios*. Revista de Psicología General y Aplicada (55) No. 4, 591-602.
- ✘ Groues M. (1997) *La Tercera Edad: ¿Mito, Fantasía o Realidad?* Psicología Iberoamericana (5) No. 2, 4-12.
- ✘ Ham C. (2003) El Envejecimiento en México: El siguiente Reto de la transición Demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- ✘ Hansen L. (2003) Psicología de la Senectud, Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento. España: Herder.
- ✘ Hernández Z. (1997) *Variables Condicionantes en la Calidad de vida de Personas de la Tercera Edad*. Psicología Iberoamericana (5) No. 2, 23-32.
- ✘ Iglesias De Ussell J. (2001) La Soledad en las Personas Mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ✘ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2007) Hombres y Mujeres en México. México, D. F.: Autor.
- ✘ Kalish R. (1996) La Vejez. Perspectivas sobre el Desarrollo Humano. España: Ediciones Pirámide, S. A.
- ✘ Lehman A. F. (2000) Instrumentos para medir la Calidad de Vida en los Trastornos Mentales. En. H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (coordinadores) *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales* (77-92) España: MASSON, S. A.
- ✘ Lemos S. (1994) Estilos de Vida y Salud en la Vejez. En: J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (89-104) España: Siglo XXI.
- ✘ Lerh U. (2003) Psicología de la Senectud, Proceso y Aprendizaje del Envejecimiento. España: Herder.
- ✘ Madrigal M. (2000) La Soledad de las Personas Mayores. Madrid: IMSERSO.

- ✘ Menchón J. (1997) *La Depresión en la Edad Tardía*. Revista electrónica en Línea: Psiquiatría Biológica 4(4) en red: <http://psychiatry.medscape.com>.
- ✘ Montero y L. L. (1998) Soledad: Desarrollo y Validación de un Inventario Multifacético para su Medición. *Tesis de Doctorado en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- ✘ Montero y L. L. & Sánchez-Sosa (2001) *La Soledad como Fenómeno Psicológico: Un Análisis Conceptual*. Revista de Salud Mental (24) No. 1, 19-27.
- ✘ Muchinick E. y Seidmann S. (2005) Aislamiento y Soledad. Argentina: Ed. Universitaria de Buenos Aires.
- ✘ Nieto M., Abad M., Esteban A. y Tejerina A. (2004) Psicología para Ciencias de la Salud: Estudio del Comportamiento Humano ante la Enfermedad. México: Mc. Graw- Hill Interamericana.
- ✘ Palomar L. (2005) Estructura del Bienestar Subjetivo. En: L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (coordinadores) *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México* (114-126) México: Plaza y Valdez S. A. de C. V.
- ✘ Pérez de Guzmán P. (2004) Aspectos Psicológicos en las Personas Mayores. En: S. Pérez (comp.) *Calidad de Vida en Personas Mayores* (207-244) Madrid: DYKINSON S. L., C. V.
- ✘ Pérez S. (2004) Personas Mayores y Calidad de Vida. En: S. Pérez (comp.) *Calidad de Vida en Personas Mayores* (19-49) Madrid: DYKINSON S. L., C. V.
- ✘ Rage A. (1997) *La Personalidad del Anciano*. Psicología Iberoamericana (5) No. 2, 13-22.
- ✘ Reig P. y Garduño E. (2005) Procesos Cognoscitivos asociados a los Constructos de Calidad de Vida. En: L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (coordinadores) *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México* (63-71). México: Plaza y Valdez S. A. de C. V.

- ✘ Rubio H., Aleixandre R., Lara R., Elipe M. y Sánchez H. (2000) Satisfacción con las Relaciones de Pareja. En: J. Fernández (coordinadora general) *Temas Selectos de Gerontología III. Universidad de Granada* (445-456). España: Grupo Editorial Universitario.
- ✘ Sánchez-Sosa J. & González-Celis R. (2002) La Calidad de Vida en Ancianos. En: L. Reynoso y N. Seligson (coordinadores) *Psicología y Salud* (191-218). México: UNAM Facultad de Psicología, Proyecto CONACYT No. 25185-H.
- ✘ Sánchez-Sosa J. & González-Celis R. (2006) Evaluación de la Calidad de Vida desde la perspectiva Psicológica. En: V. Caballo (comp.) *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos. Trastornos de la Edad Adulta e Informes Psicológicos* (473-492). Madrid: Pirámide.
- ✘ Sosa D. (1994) Duelo, Soledad y Depresión en la Vejez. En: J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (373-392). España: Siglo XXI.
- ✘ Urraca F. (2005) Enfermedades de alta prevalencia en el Anciano. En: J. M. Giro (coordinador) *Envejecimiento Salud y Dependencia* (121-131). España: Universidad de la Rioja Servicios de Publicaciones.
- ✘ Veenhoven R. (2005) Lo que sabemos de la Felicidad. En: L. Garduño, B. Salinas y M. Rojas (coordinadores) *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México* (17-33) México: Plaza y Valdez S. A. de C. V.
- ✘ Velarde J. y Ávila F. (2002) *Evaluación de la Calidad de Vida*. Revista de Salud Pública de México (44) No. 4, 349-360.
- ✘ Velasco C. & Sinibaldi G. (2001) La Enfermedad Crónica, el Paciente y su Familia. La Enfermedad a través de las diferentes etapas del Desarrollo Humano. En: C. Velasco & G. Sinibaldi (coordinadores) *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia (Sistemas, Historias y Creencias)* (37-46, 47-78) México: Manual Moderno.
- ✘ Warner S. y Willis S. (2003) Psicología de la Edad Adulta y la Vejez. España: Pearson Prentice Hall.

ANEXOS

ANEXO No. 1

Posibles recursos para ayudar a los Adultos Mayores en las Áreas Sensorial y Motor.

VISTA	<p>Visión débil en la oscuridad, más sensibilidad al deslumbramiento, visión periférica débil, procesado más lento de datos visuales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Utilizar luces fuertes indirectas, no fluorescentes. 2.-Usar colores vivos y que contrasten. 3.-Llevar una linterna en los lugares con poca luz. 4.-Examinar completamente el entorno visual. 5.-Utilizar las ayudas correspondientes en los casos de problemas de visión graves. 6.-Realizar un examen ocular completo, para prevenir o detectar oportunamente diversas enfermedades.
OÍDO	<p>Pérdida del oído para los tonos agudos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.-Evitar los lugares con ruido de fondo. 2.-Hablar vocalizando, en tono grave y de cara a la persona. 3.-Utilizar audífonos en casos graves. 4.- Pasar de un tema a otro, a un ritmo más lento. 5.-Pronunciar las palabras menos comunes de forma distinta. 6.-Observar la expresión del Adulto Mayor que escucha para ver qué oraciones o palabras no ha entendido. 7.-Colocarlo en lugares donde los materiales absorban el ruido como cortinas o muebles tapizados. 8.-Utilizar sillas con respaldos altos ya que sirven como escudos. 9.-Evitar ventanales y paredes desnudas

<p>GUSTO Y OLFATO</p>	<p>Pérdida de sensibilidad para los alimentos no dulces, poco olfato.</p>	<p>1.-Dar mas sabor a los alimentos y masticar bien. 2.-Ofrecer fruta a las Personas Mayores. 3.-Los detectores de humo son fundamentales en la casa de un Adulto Mayor. 4.-Para evitar problemas con los dientes, es fundamental acudir con el Dentista de forma regular.</p>
<p>TIEMPO DE REACCIÓN.</p>	<p>Un retraso general, sobre todo en los casos que exigen una serie de pasos o acciones complejas</p>	<p>1.-Evitar situaciones de alto riesgo o que exijan velocidad. 2.-Mantenerse sano, mediante el ejercicio físico.</p>
<p>AFECCIONES EN EL MOVIMIENTO</p>	<p>Menos fuerza muscular y flexibilidad de las articulaciones, los huesos se rompen fácilmente.</p>	<p>1.-Reducir la cantidad de muebles. 2.-Las puertas se deben abrir con facilidad. 3.-Emplear barrar para agarrarse o dispositivos similares de ayuda.</p>

ANEXO No. 2

Características de las enfermedades de mayor incidencia en los Adultos Mayores (Urraca F., 2005).

ENFERMEDAD	GENERALIDADES	CAUSAS	SÍNTOMAS
<p>Demencia: Síndrome adquirido y persistente del deterioro de varias funciones cognitivas superiores.</p>	<p>-Su origen es orgánico</p>	<p>-Enfermedad de Alzheimer (pérdida gradual progresiva de la memoria). Su origen es desconocido, pero existen ciertos factores que predisponen su aparición por ejemplo traumatismos craneoencefálicos</p>	<p>-Iniciales: En la mayoría de los casos imperceptibles, pueden ocurrir pequeños olvidos. -Avanzados: La falta de memoria repercute en citas, conversaciones, nombres de las personas, desorientación temporo-espacial, cambios bruscos de humor. -Por último no reconocen a la familia y son incapaces de vestirse y comer por si solos, pasan mucho tiempo en cama por el deterioro cognoscitivo y es probable su fallecimiento por diversas infecciones.</p>
<p>Accidentes cerebro-vasculares. Patologías, generalmente de instauración súbita.</p>	<p>-Se divide en dos grupos: *Isquémicos (déficit de aporte sanguíneo en una zona del sistema nervioso central. *Hemorragicos, divididos en : 1.-Intracerebrales (rotura de una arteria cerebral por hipertensión arterial). 2.-Subaracnoideas (rotura no traumática de una mal formación arteriovenosa) -Factores de riesgo: Hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las cardiopatías, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo. -Complicaciones: *Cardiopulmonares</p>	<p>-El déficit de riesgo sanguíneo en una parte del sistema nervioso central. -Isquémicos: su causa es la formación de un émbolo (acumulación de sangre coagulada que obstruye una arteria cuando se divide en dos de menor diámetro)</p>	<p>-Isquémicos: Los síntomas dependen del lugar anatómico donde se produce. -Hemorragicos subaracnoideas: Cefaleas intensas, vómitos espontáneos sin nauseas previas.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> *Urinarias. *Digestivo-nutricionales. *Neuromusculares y cutáneas. <p>-Las mas importantes son las infecciones respiratorias y urinarias</p>		
<p>Hipertensión Arterial La OMS la define en individuos mayores de 18 años a una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm de Hg ó a una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm de Hg, que no estén tomando tratamiento farmacológico antidepresivo y se mida al menos en dos ocasiones distintas.</p>	<p>-El riesgo de complicaciones no disminuye con el envejecimiento.</p> <p>-Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> *género femenino. *raza negra. *edad avanzada. *estrés. *obesidad. *hábitos tóxicos y alimenticios. <p>-Puede provocar infartos cerebrales u hemorrágicos y disminución en el funcionamiento del riñón.</p> <p>-Se asocia al abuso del alcohol y tabaco, así como a los altos índices de colesterol en la sangre.</p>	<p>-El incremento de la tensión arterial sistólica suele deberse a arteriosclerosis.</p>	<p>-Lo más común es que no presente síntomas, si se llegan a presentar tienen su origen en las consecuencias producidas en otros órganos, en la mayoría de los casos irreversibles.</p> <p>-Cuando produce síntomas los más frecuentes son: cefaleas, hemorragias por la nariz espontáneas, mareos, palpitaciones.</p>
<p>Enfermedades Pulmonares</p>	<p>-Las patologías mas importantes en el Adulto Mayor son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Infecciones Pulmonares. 2.-Cáncer de pulmón. 3.-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. <p>-Factores de riesgo: consumo de tabaco, exposición a altos índices de compuestos químicos como el asbesto.</p> <p>-Otros factores son las desnutrición, la colonización de las vías respiratorias por gérmenes y alteraciones en el sistema inmunológico.</p>	<p>-Con el envejecimiento, se producen algunos cambios en el sistema respiratorio, los más destacados son: el tejido pulmonar, los músculos respiratorios y la pared torácica. Lo que trae como consecuencia un incremento en el número de infecciones respiratorias la más común es la neumonía, siendo la primera causa de muerte infecciosa en el Adulto Mayor.</p>	<p>-Cáncer de pulmón, los síntomas pueden ser semejantes a las enfermedades bronquiales, entre ellos se encuentran la tos muy persistente acompañada con sangre.</p>

ANEXO No. 3



1. FOLIO _____

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. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()
8. ¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____
9. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()
10. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?
 Ninguno en absoluto () Primaria () Secundaria () Nivel Técnico () Bachillerato ()
 Profesional ()
11. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?
 Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____
12. ¿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 13 y 14, si no pase a la pregunta 15
13. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?
 Empleado () Trabaja por su cuenta () Labores del hogar () Otra
 ¿cuál? _____
14. FECHA DE SU RETIRO: Días _____
 Meses _____
 Años _____

15. 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? _____ |

16. CUAL ES SU RELIGION?

Católica () Cristiana () Protestante () Mormona () Testigo de Jehová () Otra _____

Ninguna ()

17. QUÉ PRÁCTICAS RELIGIOSAS REALIZA?

18. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

Al menos una vez a la semana ()

Al menos una vez al mes ()

Ocasionalmente ()

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

20. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____

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

Días _____

Meses _____

Años _____

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

1. _____
2. _____
3. _____



ANEXO No. 4

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Instrucciones: Le voy a preguntar cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Si usted está inseguro sobre cual es su respuesta, conteste la que considere mas apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que de a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir "siempre" si hubiera recibido un gran apoyo de otros. O contestar "nunca" si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus sentimientos y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.

		<i>Muy mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R A L y Sánchez-Sosa, J J (2002). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tan completamente** ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar **qué tan bien o satisfecho** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere con **qué frecuencia** usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA



UNAM

ANEXO No. 5

**Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL
(Montero, 2000)**

*A continuación voy a leer una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Escuche cuidadosamente cada oración e indique de acuerdo con las tarjetas de respuesta que le mostraré, la frecuencia con la que experimenta tales sentimientos. Por favor, sea sincero(a) y espontáneo(a) al responder, señalando la opción de respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. Recuerde: **No deje ninguna pregunta sin contestar.***

F	AFIRMACIÓN	Siempre	Muy seguido	Moderadamente	A veces	Nada
III	1. Siento que mi pareja o alguien en especial está conmigo sólo en apariencia	4	3	2	1	0
I	2. Me siento cansado (a) de luchar por la vida	4	3	2	1	0
I	3. Me siento abandonado (a)	4	3	2	1	0
I	4. Me siento incomprendido (a) en mi familia	4	3	2	1	0
I	5. Me siento desamparado (a)	4	3	2	1	0
I	6. Me siento apartado (a) de mi familia	4	3	2	1	0
I	7. Me siento solo (a)	4	3	2	1	0
I	8. Me siento inseguro (a) acerca de mi futuro	4	3	2	1	0
III	9. Me siento satisfecho (a) con mi vida sentimental	0	1	2	3	4
II	10. Siento plena confianza de llamar a mis amigos cuando quiero	0	1	2	3	4
III	11. Carezco de una pareja o alguien en especial que le de sentido a mi vida	4	3	2	1	0
I	12. Siento que mi vida carece de propósito	4	3	2	1	0
I	13. Siento que la vida está llena de conflictos y tristezas	4	3	2	1	0
III	14. Siento que alguien me apoya incondicionalmente	0	1	2	3	4
II	15. Siento que carezco de amigos (as) verdaderos (as)	4	3	2	1	0
II	16. Cuento con el apoyo incondicional de mis amigos (as)	0	1	2	3	4
I	17. Me siento como encerrado (a) en mi mismo (a)	4	3	2	1	0
II	18. Me siento distante del cariño de mis amigos (as)	4	3	2	1	0
I	19. Me siento triste	4	3	2	1	0
I	20. La soledad es mi única compañía	4	3	2	1	0
I	21. Siento que mi familia desapueba mi manera de ser	4	3	2	1	0
I	22. Me siento rechazado (a)	4	3	2	1	0
IV	23. En mi vida cotidiana me siento a gusto con la gente que me rodea	0	1	2	3	4
I	24. Siento mi vida vacía	4	3	2	1	0
IV	25. Me siento ajeno (a) a la gente que me rodea en mi vida cotidiana	4	3	2	1	0
I	26. Me siento vació (a) de cariño	4	3	2	1	0
I	27. Siento que sólo cuento conmigo mismo (a)	4	3	2	1	0
IV	28. En mi vida cotidiana carezco de un grupo al que me sienta integrado	4	3	2	1	0
III	29. Aunque esté junto a mí alguien en especial, la siento distante	4	3	2	1	0
IV	30. En mi vida cotidiana cuento con mucha gente que me apoya	0	1	2	3	4
I	31. Me siento insatisfecho (a) con mi vida	4	3	2	1	0
I	32. Me siento aislado (a)	4	3	2	1	0
III	33. Me siento completamente aceptado (a) por mi pareja o por alguien en especial	0	1	2	3	4
IV	34. Me llevo bien con la gente que me rodea	0	1	2	3	4
III	35. Aunque tenga pareja o alguien especial, me siento solo (a)	4	3	2	1	0
IV	36. Cuento con mucha gente que me acepta como soy	0	1	2	3	4
IV	37. Cuento con mucha gente que me apoya	0	1	2	3	4
I	38. Creo que mi familia desconoce mis sentimientos	4	3	2	1	0

ANEXO No. 6 Carta de Consentimiento Informado

Presentación

La FES Iztacala de la UNAM, está recopilando información con la finalidad de examinar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como algunos otros factores asociados a ella.

La presente es una invitación para que participe dentro del estudio como voluntario, por lo cual no se proporcionará ningún tipo de remuneración económica ni de servicios.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines de investigación, para la creación de programas preventivos y para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. Los cuestionarios están organizados de acuerdo a un número de folio previamente asignado; además sus respuestas serán analizadas en conjunto con las de otras personas, de tal manera que su identidad permanecerá anónima.

Nos interesa su participación voluntaria, su honestidad al responder permitirá información confiable, que se reflejará en la creación de programas efectivos.

Si por alguna razón no desea participar en el estudio, esto no afectará de manera alguna el apoyo que la institución le brinda.

Participante
Acepto participar

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Testigos

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

ANEXO No. 7

TRÍPTICO

Asesorado por :

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

**GRACIAS POR SU
COLABORACIÓN**

Elaborado por:

Marisol García Ruiz.

María del Refugio Acuña Gurrola.

César Elizalde García.

Ana Valeria Flores Grifaldo.

Gabriela Lázaro López.

Verónica de Fátima Loera Navarro.

Adriana Padilla Fuentes.

Juan Manuel Pérez Díaz.

Karina Reyes Jarquín.

Tomás Rodríguez Herrera.

Cynthia Judith Rubio López.

Georgina Alejandra Sosa Gómez.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA**

**Los mejores
amigos**



Evaluación de Psicología

**Calidad de vida, salud y
envejecimiento**

Durante el transcurso de la vida cotidiana, nos encontramos con algunas situaciones que pueden ocasionar que nuestros sentimientos se vean cubiertos con enormes nubes grises. En este sentido, si durante las semanas pasadas ha sentido emociones como:

- ☹ Miedo.
- ☹ Desesperación.
- ☹ Angustia.
- ☹ Soledad.
- ☹ Ansiedad.
- ☹ Tristeza.
- ☹ Problemas de sueño.

Lo invitamos cordialmente a que se realice la evaluación Psicológica, que se llevará a cabo los días:

Del 24 de julio al 11 de agosto del presente año.

Con un horario de:

Ocho de la mañana a 6 de la tarde.

Pregunte por el equipo de Psicología encargado, en el área de Trabajo Social de esta clínica y con gusto lo atenderemos.

Esta evaluación, le permitirá reflexionar sobre algunos aspectos de su salud Psicológica los cuales en gran medida determinan su calidad de vida, la cual es fundamental para un envejecimiento exitoso.



ANEXO No. 8

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

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

ANEXO No. 9 Tarjetas de Respuesta

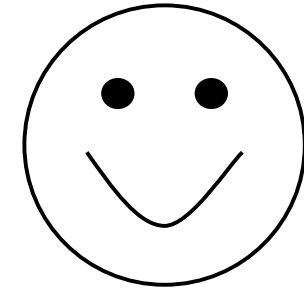
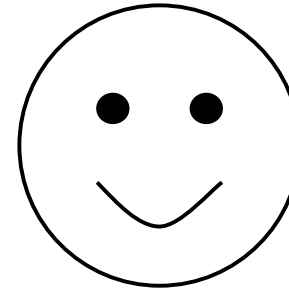
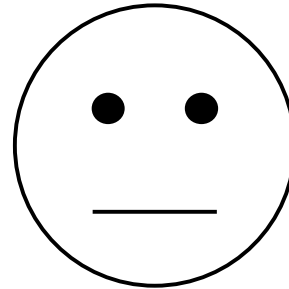
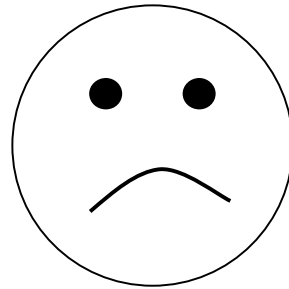
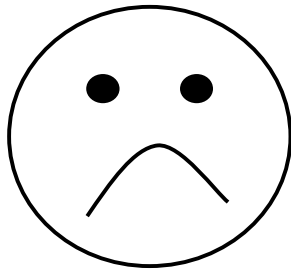
MUY MALA

MALA

REGULAR

BUENA

**MUY
BUENA**



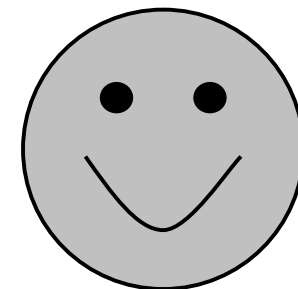
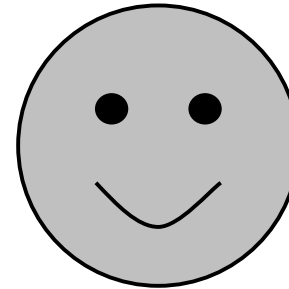
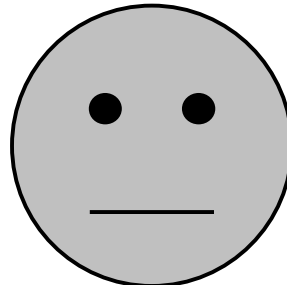
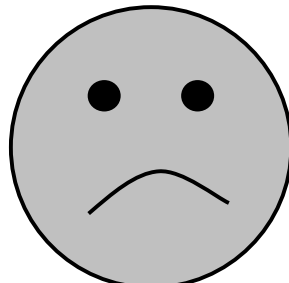
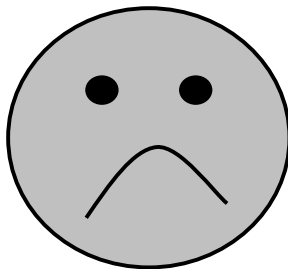
**MUY
SATISFECHO**

SATISFECHO

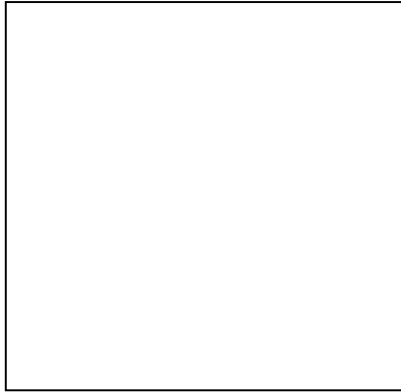
REGULAR

INSATISCHECHO

**MUY
INSATISCHECHO**



NADA



UN POCO



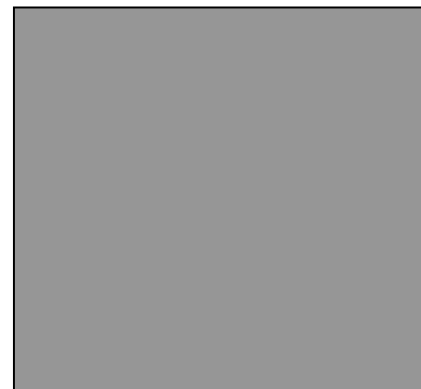
MODERADAMENTE



BASTANTE

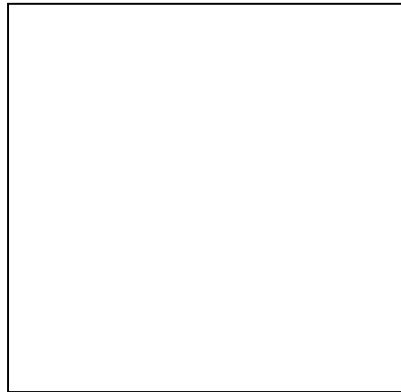


COMPLETAMENTE



Anexo No. 9 Tarjetas de Respuesta

NUNCA



A VECES



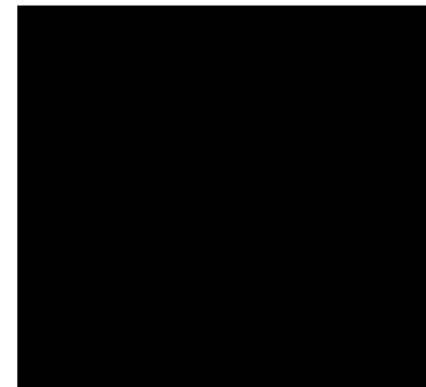
MODERADAMENTE



MUY SEGUIDO



SIEMPRE



ANEXOS

ANEXO No. 1

Posibles recursos para ayudar a los Adultos Mayores en las Áreas Sensorial y Motor.

VISTA	Visión débil en la oscuridad, más sensibilidad al deslumbramiento, visión periférica débil, procesado más lento de datos visuales.	<ol style="list-style-type: none">1.-Utilizar luces fuertes indirectas, no fluorescentes.2.-Usar colores vivos y que contrasten.3.-Llevar una linterna en los lugares con poca luz.4.-Examinar completamente el entorno visual.5.-Utilizar las ayudas correspondientes en los casos de problemas de visión graves.6.-Realizar un examen ocular completo, para prevenir o detectar oportunamente diversas enfermedades.
OÍDO	Pérdida del oído para los tonos agudos.	<ol style="list-style-type: none">1.-Evitar los lugares con ruido de fondo.2.-Hablar vocalizando, en tono grave y de cara a la persona.3.-Utilizar audífonos en casos graves.4.- Pasar de un tema a otro, a un ritmo más lento.5.-Pronunciar las palabras menos comunes de forma distinta.6.-Observar la expresión del Adulto Mayor que escucha para ver qué oraciones o palabras no ha entendido.7.-Colocarlo en lugares donde los materiales absorban el ruido como cortinas o muebles tapizados.8.-Utilizar sillas con respaldos altos ya que sirven como escudos.9.-Evitar ventanales y paredes desnudas

<p>GUSTO Y OLFATO</p>	<p>Pérdida de sensibilidad para los alimentos no dulces, poco olfato.</p>	<p>1.-Dar mas sabor a los alimentos y masticar bien. 2.-Ofrecer fruta a las Personas Mayores. 3.-Los detectores de humo son fundamentales en la casa de un Adulto Mayor. 4.-Para evitar problemas con los dientes, es fundamental acudir con el Dentista de forma regular.</p>
<p>TIEMPO DE REACCIÓN.</p>	<p>Un retraso general, sobre todo en los casos que exigen una serie de pasos o acciones complejas</p>	<p>1.-Evitar situaciones de alto riesgo o que exijan velocidad. 2.-Mantenerse sano, mediante el ejercicio físico.</p>
<p>AFECCIONES EN EL MOVIMIENTO</p>	<p>Menos fuerza muscular y flexibilidad de las articulaciones, los huesos se rompen fácilmente.</p>	<p>1.-Reducir la cantidad de muebles. 2.-Las puertas se deben abrir con facilidad. 3.-Emplear barrar para agarrarse o dispositivos similares de ayuda.</p>

ANEXO No. 2

Características de las enfermedades de mayor incidencia en los Adultos Mayores (Urraca F., 2005).

ENFERMEDAD	GENERALIDADES	CAUSAS	SÍNTOMAS
<p>Demencia: Síndrome adquirido y persistente del deterioro de varias funciones cognitivas superiores.</p>	<p>-Su origen es orgánico</p>	<p>-Enfermedad de Alzheimer (pérdida gradual progresiva de la memoria). Su origen es desconocido, pero existen ciertos factores que predisponen su aparición por ejemplo traumatismos craneoencefálicos</p>	<p>-Iniciales: En la mayoría de los casos imperceptibles, pueden ocurrir pequeños olvidos. -Avanzados: La falta de memoria repercute en citas, conversaciones, nombres de las personas, desorientación temporo-espacial, cambios bruscos de humor. -Por último no reconocen a la familia y son incapaces de vestirse y comer por si solos, pasan mucho tiempo en cama por el deterioro cognoscitivo y es probable su fallecimiento por diversas infecciones.</p>
<p>Accidentes cerebro-vasculares. Patologías, generalmente de instauración súbita.</p>	<p>-Se divide en dos grupos: *Isquémicos (déficit de aporte sanguíneo en una zona del sistema nervioso central. *Hemorragicos, divididos en : 1.-Intracerebrales (rotura de una arteria cerebral por hipertensión arterial). 2.-Subaracnoideas (rotura no traumática de una mal formación arteriovenosa) -Factores de riesgo: Hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las cardiopatías, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo. -Complicaciones: *Cardiopulmonares</p>	<p>-El déficit de riesgo sanguíneo en una parte del sistema nervioso central. -Isquémicos: su causa es la formación de un émbolo (acumulación de sangre coagulada que obstruye una arteria cuando se divide en dos de menor diámetro)</p>	<p>-Isquémicos: Los síntomas dependen del lugar anatómico donde se produce. -Hemorragicos subaracnoideas: Cefaleas intensas, vómitos espontáneos sin nauseas previas.</p>

	<p>*Urinarias. *Digestivo-nutricionales. *Neuromusculares y cutáneas. -Las mas importantes son las infecciones respiratorias y urinarias</p>		
<p>Hipertensión Arterial La OMS la define en individuos mayores de 18 años a una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm de Hg ó a una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm de Hg, que no estén tomando tratamiento farmacológico antidepresivo y se mida al menos en dos ocasiones distintas.</p>	<p>-El riesgo de complicaciones no disminuye con el envejecimiento. -Factores de riesgo: *género femenino. *raza negra. *edad avanzada. *estrés. *obesidad. *hábitos tóxicos y alimenticios. -Puede provocar infartos cerebrales u hemorrágicos y disminución en el funcionamiento del riñón. -Se asocia al abuso del alcohol y tabaco, así como a los altos índices de colesterol en la sangre.</p>	<p>-El incremento de la tensión arterial sistólica suele deberse a arteriosclerosis.</p>	<p>-Lo más común es que no presente síntomas, si se llegan a presentar tienen su origen en las consecuencias producidas en otros órganos, en la mayoría de los casos irreversibles. -Cuando produce síntomas los más frecuentes son: cefaleas, hemorragias por la nariz espontáneas, mareos, palpitaciones.</p>
<p>Enfermedades Pulmonares</p>	<p>-Las patologías mas importantes en el Adulto Mayor son las siguientes: 1.-Infecciones Pulmonares. 2.-Cáncer de pulmón. 3.-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. -Factores de riesgo: consumo de tabaco, exposición a altos índices de compuestos químicos como el asbesto. -Otros factores son las desnutrición, la colonización de las vías respiratorias por gérmenes y alteraciones en el sistema inmunológico.</p>	<p>-Con el envejecimiento, se producen algunos cambios en el sistema respiratorio, los más destacados son: el tejido pulmonar, los músculos respiratorios y la pared torácica. Lo que trae como consecuencia un incremento en el número de infecciones respiratorias la más común es la neumonía, siendo la primera causa de muerte infecciosa en el Adulto Mayor.</p>	<p>-Cáncer de pulmón, los síntomas pueden ser semejantes a las enfermedades bronquiales, entre ellos se encuentran la tos muy persistente acompañada con sangre.</p>

ANEXO No. 3



1. FOLIO _____

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. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()
8. ¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____
9. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()
10. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?
Ninguno en absoluto () Primaria () Secundaria () Nivel Técnico () Bachillerato ()
Profesional ()
11. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?
Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____
12. ¿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 13 y 14, si no pase a la pregunta 15
13. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Labores del hogar () Otra
¿cuál? _____
14. FECHA DE SU RETIRO: Días _____
Meses _____
Años _____

15. 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? _____ |

16. CUAL ES SU RELIGION?

Católica () Cristiana () Protestante () Mormona () Testigo de Jehová () Otra _____

Ninguna ()

17. QUÉ PRÁCTICAS RELIGIOSAS REALIZA?

18. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

Al menos una vez a la semana ()

Al menos una vez al mes ()

Ocasionalmente ()

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

20. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____

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

Días _____

Meses _____

Años _____

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

1. _____
2. _____
3. _____



ANEXO No. 4

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Instrucciones: Le voy a preguntar cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Si usted está inseguro sobre cual es su respuesta, conteste la que considere mas apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que de a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir "siempre" si hubiera recibido un gran apoyo de otros. O contestar "nunca" si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus sentimientos y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.

		<i>Muy mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R A L y Sánchez-Sosa, J J (2002). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tan completamente** ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar **qué tan bien o satisfecho** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere con **qué frecuencia** usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA



UNAM

ANEXO No. 5

**Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL
(Montero, 2000)**

*A continuación voy a leer una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Escuche cuidadosamente cada oración e indique de acuerdo con las tarjetas de respuesta que le mostraré, la frecuencia con la que experimenta tales sentimientos. Por favor, sea sincero(a) y espontáneo(a) al responder, señalando la opción de respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. Recuerde: **No deje ninguna pregunta sin contestar.***

F	AFIRMACIÓN	Siempre	Muy seguido	Moderadamente	A veces	Nada
III	1. Siento que mi pareja o alguien en especial está conmigo sólo en apariencia	4	3	2	1	0
I	2. Me siento cansado (a) de luchar por la vida	4	3	2	1	0
I	3. Me siento abandonado (a)	4	3	2	1	0
I	4. Me siento incomprendido (a) en mi familia	4	3	2	1	0
I	5. Me siento desamparado (a)	4	3	2	1	0
I	6. Me siento apartado (a) de mi familia	4	3	2	1	0
I	7. Me siento solo (a)	4	3	2	1	0
I	8. Me siento inseguro (a) acerca de mi futuro	4	3	2	1	0
III	9. Me siento satisfecho (a) con mi vida sentimental	0	1	2	3	4
II	10. Siento plena confianza de llamar a mis amigos cuando quiero	0	1	2	3	4
III	11. Carezco de una pareja o alguien en especial que le de sentido a mi vida	4	3	2	1	0
I	12. Siento que mi vida carece de propósito	4	3	2	1	0
I	13. Siento que la vida está llena de conflictos y tristezas	4	3	2	1	0
III	14. Siento que alguien me apoya incondicionalmente	0	1	2	3	4
II	15. Siento que carezco de amigos (as) verdaderos (as)	4	3	2	1	0
II	16. Cuento con el apoyo incondicional de mis amigos (as)	0	1	2	3	4
I	17. Me siento como encerrado (a) en mi mismo (a)	4	3	2	1	0
II	18. Me siento distante del cariño de mis amigos (as)	4	3	2	1	0
I	19. Me siento triste	4	3	2	1	0
I	20. La soledad es mi única compañía	4	3	2	1	0
I	21. Siento que mi familia desapueba mi manera de ser	4	3	2	1	0
I	22. Me siento rechazado (a)	4	3	2	1	0
IV	23. En mi vida cotidiana me siento a gusto con la gente que me rodea	0	1	2	3	4
I	24. Siento mi vida vacía	4	3	2	1	0
IV	25. Me siento ajeno (a) a la gente que me rodea en mi vida cotidiana	4	3	2	1	0
I	26. Me siento vació (a) de cariño	4	3	2	1	0
I	27. Siento que sólo cuento conmigo mismo (a)	4	3	2	1	0
IV	28. En mi vida cotidiana carezco de un grupo al que me sienta integrado	4	3	2	1	0
III	29. Aunque esté junto a mí alguien en especial, la siento distante	4	3	2	1	0
IV	30. En mi vida cotidiana cuento con mucha gente que me apoya	0	1	2	3	4
I	31. Me siento insatisfecho (a) con mi vida	4	3	2	1	0
I	32. Me siento aislado (a)	4	3	2	1	0
III	33. Me siento completamente aceptado (a) por mi pareja o por alguien en especial	0	1	2	3	4
IV	34. Me llevo bien con la gente que me rodea	0	1	2	3	4
III	35. Aunque tenga pareja o alguien especial, me siento solo (a)	4	3	2	1	0
IV	36. Cuento con mucha gente que me acepta como soy	0	1	2	3	4
IV	37. Cuento con mucha gente que me apoya	0	1	2	3	4
I	38. Creo que mi familia desconoce mis sentimientos	4	3	2	1	0

ANEXO No. 6 Carta de Consentimiento Informado

Presentación

La FES Iztacala de la UNAM, está recopilando información con la finalidad de examinar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como algunos otros factores asociados a ella.

La presente es una invitación para que participe dentro del estudio como voluntario, por lo cual no se proporcionará ningún tipo de remuneración económica ni de servicios.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines de investigación, para la creación de programas preventivos y para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. Los cuestionarios están organizados de acuerdo a un número de folio previamente asignado; además sus respuestas serán analizadas en conjunto con las de otras personas, de tal manera que su identidad permanecerá anónima.

Nos interesa su participación voluntaria, su honestidad al responder permitirá información confiable, que se reflejará en la creación de programas efectivos.

Si por alguna razón no desea participar en el estudio, esto no afectará de manera alguna el apoyo que la institución le brinda.

Participante
Acepto participar

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Testigos

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

ANEXO No. 7

TRÍPTICO

Asesorado por :

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

**GRACIAS POR SU
COLABORACIÓN**

Elaborado por:

Marisol García Ruiz.

María del Refugio Acuña Gurrola.

César Elizalde García.

Ana Valeria Flores Grifaldo.

Gabriela Lázaro López.

Verónica de Fátima Loera Navarro.

Adriana Padilla Fuentes.

Juan Manuel Pérez Díaz.

Karina Reyes Jarquín.

Tomás Rodríguez Herrera.

Cynthia Judith Rubio López.

Georgina Alejandra Sosa Gómez.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA**

**Los mejores
amigos**



Evaluación de Psicología

**Calidad de vida, salud y
envejecimiento**

Durante el transcurso de la vida cotidiana, nos encontramos con algunas situaciones que pueden ocasionar que nuestros sentimientos se vean cubiertos con enormes nubes grises. En este sentido, si durante las semanas pasadas ha sentido emociones como:

- ☹ Miedo.
- ☹ Desesperación.
- ☹ Angustia.
- ☹ Soledad.
- ☹ Ansiedad.
- ☹ Tristeza.
- ☹ Problemas de sueño.

Lo invitamos cordialmente a que se realice la evaluación Psicológica, que se llevará a cabo los días:

Del 24 de julio al 11 de agosto del presente año.

Con un horario de:

Ocho de la mañana a 6 de la tarde.

Pregunte por el equipo de Psicología encargado, en el área de Trabajo Social de esta clínica y con gusto lo atenderemos.

Esta evaluación, le permitirá reflexionar sobre algunos aspectos de su salud Psicológica los cuales en gran medida determinan su calidad de vida, la cual es fundamental para un envejecimiento exitoso.



ANEXO No. 8

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

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

ANEXO No. 9 Tarjetas de Respuesta

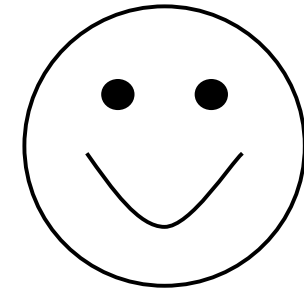
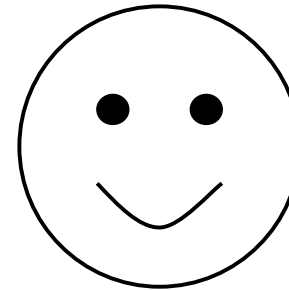
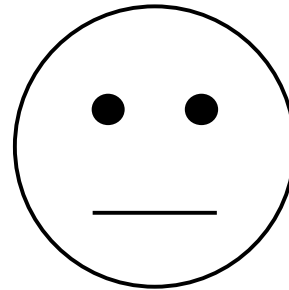
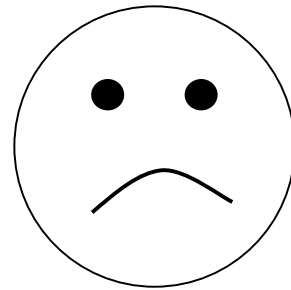
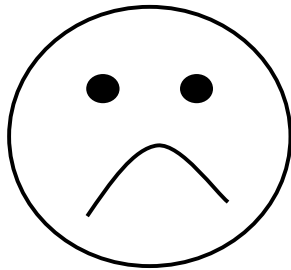
MUY MALA

MALA

REGULAR

BUENA

**MUY
BUENA**



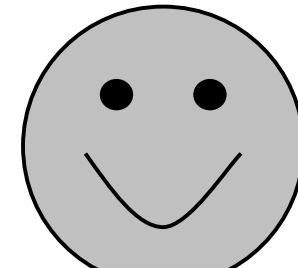
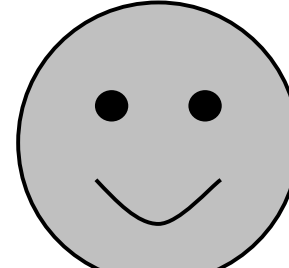
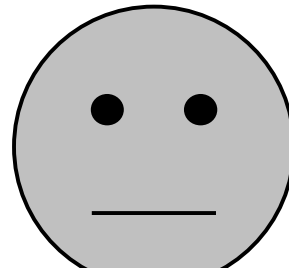
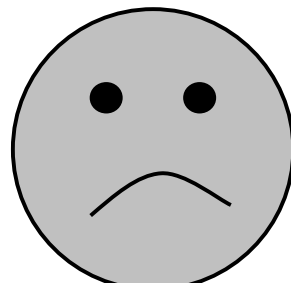
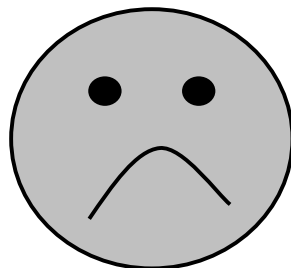
**MUY
SATISFECHO**

SATISFECHO

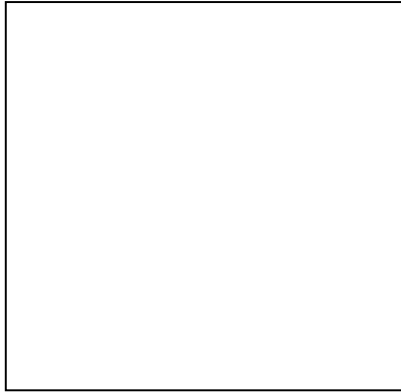
REGULAR

INSATISFECHO

**MUY
INSATISFECHO**



NADA



UN POCO



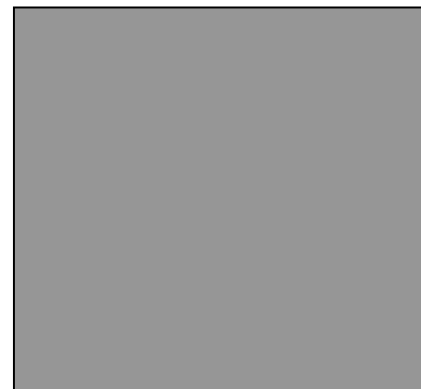
MODERADAMENTE



BASTANTE

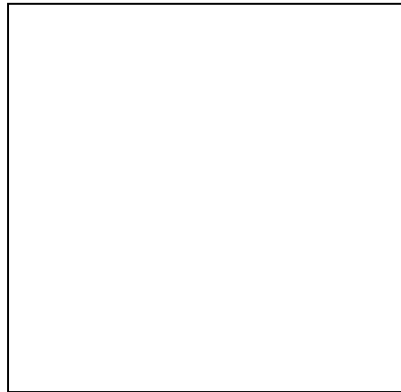


COMPLETAMENTE



Anexo No. 9 Tarjetas de Respuesta

NUNCA



A VECES



MODERADAMENTE



MUY SEGUIDO



SIEMPRE

