



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Variables asociadas a la percepción del estado de salud y al bienestar de los adultos mayores del Estado de México”

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A**

Diana Leonor García Luna

Directora: **Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel**

Dictaminadores: **Mtra. Margarita Chávez Becerra**

Dictaminadores: **Dra. Laura Palomino Garibay**



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2016.

TESIS PARCIALMENTE APOYADA POR PAPIIT EN EL PROYECTO N°IN310716



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Queridos padres:

Ustedes han sido y seguirán siendo la mejor bendición de mi vida, gracias por ese amor inmenso e incondicional que siempre han manifestado, por mostrarme que con perseverancia, honestidad, esmero y responsabilidad todo se torna posible. Jamás hubiera concluido una etapa más sin su valioso apoyo, cariño y dedicación.

A mis hermosas abuelas:

Que me dejaron maravillosos recuerdos, valores, besos y abrazos que nada logrará desvanecer y que desde un inicio estuvieron presentes en este proceso, les debo un te amo eterno.

A mis hermanos y sobrinos:

Quienes día con día están presentes, sin importar que las circunstancias sean buenas, malas o peores, en verdad les agradezco que hayan sido y sigan siendo parte de mi motivación para sonreír y vencer cualquier obstáculo.

Dra. Ana Luisa:

Agradezco infinitamente la oportunidad de haberme permitido incorporarme a su equipo de trabajo, donde más allá de orientación y corrección, hubo un cálido ambiente de trabajo. En el cual usted me mostró lo increíble que es la estadística y la docencia, créame que su interés y entrega han sobre pasado su labor como investigadora y docente.

A mis amigos:

Principalmente a Diana y Zuluem, que han mostrado una fidelidad y apoyo increíble, donde no hubo día en que no me mostraran su paciencia, colaboración y alegría.

A mis sinodales:

Dra. Palomino y Maestra Margarita, admiro su labor profesional, y a su vez, agradezco su participación y paciencia en la realización de la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Proyecto: Factores asociados al envejecimiento: calidad de vida, bienestar, generatividad, autoeficacia y depresión.	1
Síntesis del proyecto de investigación.	1
Resumen	3
Antecedentes.....	4
1.Envejecimiento	6
1.1 Realidad demográfica	11
2. Calidad de vida.	14
2.1 Proceso de salud-enfermedad.	17
2.1.1 Percepción de salud	20
2.1.2 Percepción de la pérdida del funcionamiento sensorial.	22
2.2 Preocupación por morir.....	24
3. Bienestar	27
3.1 Bienestar Hedónico.....	28
3.2 Bienestar Eudaimónico	31
4. Planteamiento del problema	33
4. 1 Justificación	33
4.1 Preguntas de investigación.....	33
5. Objetivos.....	34
5.1 Objetivo General.....	34
5.2 Objetivos Específicos	34

6. Método.....	35
6.1 Diseño	35
6.2 Participantes.....	35
6.3 Instrumentos.....	35
6.4 Escenario.....	37
6.5 Definición de variables	37
6.5.1 Definición Conceptual.....	37
6.5.2 Definición Operacional	38
6.6 Procedimiento	40
7. Resultados.....	41
7.1 Análisis Descriptivos.....	43
7.2 Análisis de Asociación.....	43
7.3 Análisis Comparativos.....	44
8. Discusión y conclusiones.....	55
9. Recomendaciones	59
Referencias	61
Anexos.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de correlación entre Bienestar Psicológico, Hedónico, Eudaimónico y las medidas de Calidad de Vida Total por las dimensiones de Habilidad Sensorial y Temor a la muerte 44

Tabla 2. Comparación de medias del Bienestar Psicológico, dependiendo del nivel de Calidad de vida, así como de las dimensiones y reactivos de Habilidad sensorial y Temor a morir. 46

Tabla 3. Comparación de medias del Bienestar Hedónico, dependiendo del nivel de Calidad de vida, así como de las dimensiones y reactivos de Habilidad sensorial y Temor a morir. 48

Tabla 4. Comparación de medias del Bienestar Eudaimónico, dependiendo del nivel de Calidad de Vida, así como de las dimensiones y reactivos de Habilidad Sensorial..... 50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Comparación de Puntuaciones Medias del Bienestar Psicológico, Hedónico y Eudaimónico, dependiendo del grupo de adultos mayores jóvenes, menores o igual a 74 años (≤ 74) o adultos mayores por arriba o igual a 75 años de edad (≥ 75). 51

Figura 2. Comparación de Puntuaciones Medias del Bienestar Eudaimónico, dependiendo del grupo de si está o no enfermo. 52

Figura 3. Comparación de Puntuaciones Medias del Bienestar Hedónico, dependiendo del grupo de estado civil, Solteros-Divorciados-Separados, o estar Casados-Unión libre-Con pareja; o encontrarse Viudos 53

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Carta de aceptación participante	70
Anexo 2. Ficha de datos sociodemográficos	71
Anexo 3. WHOQoL-OLD	72
Anexo 4. Escala de Bienestar Psicológico de Riff	73

PROYECTO: FACTORES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO: CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR, GENERATIVIDAD, AUTOEFICACIA Y DEPRESIÓN.

SÍNTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Tradicionalmente la vejez ha sido asociada a estereotipos de pérdida, dependencia, pasividad y aislamiento (Movíñas, 1998; Thornton, 2002). En contraste existe una perspectiva que enfatiza el deseo de los mayores de seguir implicados en las comunidades en las que viven y las consecuencias positivas que se derivan de su participación social. Conceptos como el de envejecimiento exitoso (Baltes, P. & Baltes, M., 1990; Rowe & Kahn, 1987) o envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros, 2008, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2010) incluyen esta dimensión de implicación social como un ingrediente básico del buen envejecer.

De acuerdo a ésta perspectiva, el envejecimiento exitoso forma parte de un marco de desarrollo que incluye, además del crecimiento, el mantenimiento de estados deseables y la regulación de las pérdidas, dos aspectos que son especialmente críticos en las últimas décadas de la vida. No obstante, en la actualidad los estereotipos más extendidos referidos a la vejez es aquel que describe a la persona mayor como infeliz y depresiva, incluso se ha considerado que la vejez es una etapa de la vida en la que existe una mayor prevalencia de la depresión.

Bajo ésta lógica resulta relevante cuestionar, si actualmente ¿es posible hablar de un envejecimiento positivo? y ¿cuáles son los factores asociados a una vejez satisfactoria, activa, saludable, óptima o exitosa? De ahí que el propósito del proyecto sea identificar la asociación existente entre los distintos factores determinantes de un envejecimiento exitoso, desde una perspectiva de la psicología positiva, donde la generatividad, el bienestar, la autoeficacia y no la presencia de síntomas depresivos, parecen complementarse con la calidad de vida, para la construcción de un modelo de envejecimiento positivo, consolidando así una imagen de la vejez más positiva y alejada de estereotipos de pasividad y aislamiento.

Sin duda, la investigación sobre estos factores permitirá introducir programas más eficaces de intervención, dirigidos a mantener y fortalecer una vida de calidad en las personas mayores. El reto que se plantea es concebir al ser humano envejecido como alguien que tiene

la capacidad de disfrutar de la vida, quien tiene mucho que aportar. Asimismo, se plantea la necesidad de en primera instancia, disponer de instrumentos para evaluar los aspectos positivos de la vida, basados en valorar las capacidades y recursos de los individuos, y en segunda instancia, profundizar y ampliar los modelos teóricos actuales sobre aspectos disfuncionales, por ejemplo, la presencia de sintomatología depresiva, las enfermedades físicas, las pérdidas y el deterioro en la edad avanzada; que permitan definir al envejecimiento exitoso.

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue probar el efecto de variables asociadas al proceso de salud-enfermedad (calidad de vida, pérdida del funcionamiento de la capacidad sensorial, temor a la muerte y percepción de salud), además de algunas variables sociodemográficas (género, edad y estado civil), sobre el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico) de adultos mayores. Los participantes fueron 188 adultos mayores, con una edad promedio de casi 70 años, y un rango de 60 a 94 años; 67% mujeres y 33% hombres, los cuales se encontraban adscritos a una clínica de salud del estado de México. Mismos a los que se les aplicó una carta de consentimiento informado, ficha de datos sociodemográficos, el cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD) adaptado por González-Celis y Gómez J. (2013), y la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de Ryff (1995). Los resultados obtenidos mostraron que la habilidad sensorial se asoció al bienestar psicológico, bienestar hedónico y bienestar eudaimónico, quienes reportaron mejor habilidad sensorial obtuvieron mayor nivel de bienestar. Referente a la dimensión de temor a la muerte, mostró tener influencia en el bienestar psicológico y bienestar hedónico, en donde los adultos con menor temor a la muerte reportaron mejor bienestar psicológico y hedónico, no así para el bienestar eudaimónico. En cuanto a la percepción del estado de salud, estar enfermo estuvo asociado a menor bienestar eudaimónico, mientras los que reportaron no estar enfermos, obtuvieron mejor bienestar. Concerniente a las variables sociodemográficas, se encontró que la edad es un factor determinante del bienestar psicológico, bienestar hedónico y bienestar eudaimónico, es decir, los adultos mayores jóvenes tuvieron mayor nivel de bienestar. Y por último el estado civil, solo influyó en el bienestar hedónico, encontrándose que los adultos mayores solteros tuvieron mayor nivel de bienestar hedónico, mientras que los adultos mayores viudos reportaron menor bienestar hedónico. En conclusión, el bienestar psicológico fue asociado a la salud, mayor bienestar fue el resultado de mejor estado de salud. Por lo que los hallazgos revelan la importancia de mantener a los adultos mayores en mejores condiciones de salud en esta etapa de la vida, con el propósito de mejorar el bienestar de las personas. Para ello, se recomienda la implementación de estrategias de intervención psicológica que vayan dirigidas a la población en general en edades previas a la adultez mayor, con fines de prevención, o en su caso, con programas para las personas mayores, para fomentar estilos de vida saludables.

Palabras clave: bienestar, habilidad sensorial, percepción de salud, temor a morir, adultos mayores.

ANTECEDENTES

En la antigüedad, tanto en Egipto como en China, se consideraba a los adultos mayores como una parte importante de la comunidad, es decir, estaban ligados a cuestiones de divinidad, política, familia, ética y sabiduría. De manera similar, en Mesoamérica, tanto la cultura Maya como la Azteca, concedían a los adultos mayores un papel relevante, relacionado con aspectos religiosos, mitológicos, proféticos, literarios e incluso filosóficos, percibiéndolos como sujetos permeados de vida, experiencia y sabiduría.

Sin embargo, la vejez como pérdida o problema fue gestándose desde la Antigua Grecia, ya que la percepción fue diferente, la vejez fue asociada a aspectos aberrantes y dolorosos para los seres humanos. Esta concepción fue plasmada en diversos relatos entre luchas de dioses, en los cuales referían a la vejez de forma negativa y atribuían la juventud a los dioses y guerreros, describiéndolos con fuerza, poder y belleza. De tal modo, la juventud fue lo bueno y lo bello, mientras que la vejez lo grotesco y malo.

Posteriormente, en la época del cristianismo, se planteó que, si una persona se desenvolvía bajo los principios y actos de Cristo, se volvía adulto, logrando respeto, dignidad, sabiduría y madurez. Esta idea prevaleció durante la Edad Media, en Occidente, y hasta gran parte de la época moderna.

Tiempo después, la revolución industrial tuvo una influencia importante en la desaparición parcial del papel de los adultos mayores, ya que el crecimiento de la industria contribuyó a que los negocios familiares, como talleres y empresas fueran desaparecieron, por lo tanto las familias se vieron obligadas a adecuarse a las nuevas condiciones de crecimiento y desarrollo, de tal forma, la edad se transformó en una especie de mecanismo que determinaba el acceso a ciertas posiciones y pasó a funcionar como un método para integrar a una persona a múltiples roles y responsabilidades, provocando que perdieran valor los conocimientos acumulados del adulto mayor y confinándolo a una situación de dependencia de los más jóvenes.

Bajo estas conceptualizaciones, los estudios científicos sobre el envejecimiento tardaron en aparecer, desafortunadamente, cuando aparecieron, lo hicieron solamente en el

ámbito médico y sanitario, especialmente dedicado a las patologías y problemas fisiológicos que se presentaban en la vejez. Fue a partir de mediados del siglo pasado que se constituyó una psicología de la vejez, consolidada desde un punto académico, lo que ha fungido como un auge en el número de estudios y publicaciones científicas en este ámbito, así como la consolidación de los psicólogos como actores relevantes en la intervención de adultos mayores.

Fue así que diversas investigaciones, permitieron modificar el paradigma sobre los adultos mayores, desafortunadamente, la lógica de la sociedad actual, dificulta los estereotipos existentes en torno a la vejez, y a su vez, no promueve la inserción del adulto mayor, generando una tendencia a segregarlo, aislarlo y discriminarlo, perpetuando una imagen equivocada de las características o cambios predominantes en esta etapa.

Por ello la importancia de modificar esta conceptualización generalizada, asociada y permeada de connotaciones negativas de decadencia, dependencia, deterioro físico, sensorial, cognitivo, comportamental, entre otros. Generando así, una educación gerontológica que permita un acercamiento realista sobre el bienestar en esta etapa, ya que el desarrollo de un buen envejecimiento viene condicionado por necesidades propias del ser humano en todas las edades.

Ahora bien, es fundamental conocer al ser humano en cada una de las etapas del ciclo vital, como se comporta, que siente, piensa y como se desarrolla, ya que ninguna fase de la vida es menos importante que otra, no obstante, en la actualidad, el país atraviesa un proceso silencioso de transición demográfica, como lo estiman estadísticas recientes, para el 2050, una de cada cuatro personas será adulto mayor, sin embargo, el envejecimiento de la población, no refiere exclusivamente a un proceso biológico, por lo tanto, debe abordarse desde diferentes enfoques; culturales, antropológicos, sociales y psicológicos. Lo cual implica un reto gubernamental en la cuestión de generar y promover infraestructura en el sector salud, económico, político, cultural y educativo, que promuevan un envejecimiento exitoso.

1. ENVEJECIMIENTO

Diversas disciplinas y ciencias se han interesado en estudiar el envejecimiento, de tal manera que ha sido abordado desde diferentes perspectivas, entre las más comunes se encuentran la histórica, médica, psicológica, cultural, religiosa, demográfica, sociológica, biológica y legal. Lo cual ha tornado un tanto complejo precisar una concepción consensuada e incluso ubicar la diferencia entre envejecimiento y vejez.

En un reporte de la Organización Mundial de la Salud (2001) el envejecimiento fue definido como “un proceso fisiológico que ocasiona cambios positivos, negativos o neutros, característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida.”, mientras que la vejez fue conceptualizada como “el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestos en comparación con períodos anteriores” (Solís, et. al., 2001, En red: www.geriatricnet.com).

Por ende, es importante señalar que en el desarrollo de este trabajo, la vejez será considerada como estado, mientras que al envejecimiento como proceso, que comienza tempranamente al término de la juventud, y que a lo largo de la vida adulta se combina con procesos de maduración y desarrollo, como menciona Fierro A. (1994) el proceso de envejecimiento se despliega de una secuencia compleja de cambios que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico, social.

De tal manera, se debe considerar que la vejez tiene distintos momentos posibles de inicio, o mejor, varios índices que señalan este inicio. Algunos son de carácter biológico: cambios en la visión, audición, gusto, olfato, en el sistema nervioso, inmune, cardiovascular, reproductor, respiratorio y excretor, lo cual origina cierta acumulación de achaques, dolencias o enfermedades físicas. Otros son de naturaleza psicológica, tales como deterioro en algunas áreas del funcionamiento cognitivo, aparición de estados depresivos, modificaciones en el procesamiento de información y en el lenguaje, y en cuanto al aspecto social, se destaca, la jubilación, la ruptura de relaciones familiares, el abandono del hogar por parte de los hijos, la muerte de personas queridas y la apariencia o imagen social.

Bajo esta lógica, se debe considerar que indudablemente se envejece biológicamente, ya que la composición química del cuerpo se torna más vulnerable a medida que se cumplen años, lo cual implica que, con el paso del tiempo se originó una serie de modificaciones fisiológicas en los seres vivos, dichas modificaciones, disminuyen la adaptación de los organismos ante las respuestas nocivas del ambiente que les rodea. Esto significa que al envejecer un individuo se vuelve vulnerable ante situaciones que antes podía sobrellevar a partir de su adaptación utilizando sus órganos, músculos, huesos, sistemas o microorganismos, etc.

Es así, que se han clasificado dos tipos de envejecimiento, el primario y el secundario, el primero consiste en un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continua a lo largo de los años, de manera independiente de lo que se haga para evitarlo, de tal manera que alude a los procesos normales e intrínsecos de la maduración biológica que están programados genéticamente y ocurren debido al paso del tiempo, pese a una buena salud y ausencia de enfermedades. Se considera que estos efectos son primarios en cuanto a que son fundamentales, un buen ejemplo es la menopausia en las mujeres, mientras que el secundario, hace referencia a deterioros relacionados con la edad que son patológicos y resultado de factores extrínsecos, entre los que se encuentran enfermedades, influencias ambientales y comportamientos, consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente (Horn & Meer, 1987).

Ahora bien, en un inicio, el envejecimiento solía ser investigado, centrandose su estudio en el ámbito médico, particularmente en las patologías que se suscitaban en este proceso, lo cual significó un gran avance, sin embargo, en la actualidad se torna un tanto complejo comprender como se suscita el envejecimiento, en medida de que existen diversos enfoques y modelos explicativos.

Entre los más señalados se encuentran las teorías biológicas, las cuales asumen que se envejece por un deterioro celular, es decir, los procesos y problemas se suscitan dentro de las células, originando así el envejecimiento.

En primera instancia se encuentran las teorías de programación genética, las cuales sostienen que el cuerpo humano envejece de acuerdo a un desarrollo programado en los genes, por lo tanto, esta teoría supone que el cuerpo humano está biológicamente preparado para fallar en cierto punto, inclusive si se mantiene en óptimas condiciones. La falla puede originarse en la etapa de la vejez, en la que genes específicos se apagan, originando pérdidas en la visión, audición y control motor, según Schneider (1992) aproximadamente doscientos genes parecen estar involucrados en la regulación del envejecimiento humano.

La teoría de desgaste por uso, argumenta que las células y tejidos del cuerpo humano tienen partes vitales que se desgastan, de tal forma, el cuerpo envejece como resultado del daño acumulado en el sistema.

Referente a la teoría de los radicales libres, se suscribe que el daño acumulado causado por los radicales del oxígeno provoca que las células y eventualmente los órganos dejen de funcionar, es decir, con la edad se acumula daño en los radicales libres y se asocia con enfermedades tan diversas como la artritis, distrofia muscular y osteoartritis.

En cuanto a la teoría de tasa de vida, explica el proceso de envejecimiento a través de la rapidez del metabolismo, la cual determina la duración de la vida, esto se traduce a que entre más rápido trabaje el cuerpo, más rápido se desgasta.

La teoría del error catastrófico, señala que conforme las células corporales se dividen existen errores, los cuales dañan a los mecanismos que sintetizan las proteínas defectuosas, que se acumulan a un nivel que causa daño catastrófico en células, tejidos y órganos.

Por último, la teoría del entrecruzamiento, ubica al envejecimiento a partir de que una acumulación de proteínas entrecruzadas, daña células y tejidos, frenando así los procesos corporales.

A pesar de que cada teoría ofrece postulados diferentes, todas comparten un mismo fin, ofrecer explicaciones sobre que le ocurre al cuerpo conforme éste envejece, no obstante, en las últimas décadas, surge una visión alternativa sobre el envejecimiento, la cual busca explorar más allá de lo que ocurre a nivel fisiológico, identificando y explicando los factores que influyen en este proceso, contribuyendo a que más personas envejezcan con calidad y no sólo en términos de ausencia de enfermedad grave o discapacidad, sino también desde un punto de vista psicológico y social.

El envejecimiento exitoso es una conceptualización que contrasta la antigua idea de que el envejecimiento es el resultado inevitable de procesos intrínsecos de pérdida y deterioro, Rowe y Kahn (1997) identifican tres componentes principales en el envejecimiento exitoso, evitar la enfermedad o la discapacidad, mantener un alto funcionamiento físico y cognitivo, e involucramiento activo y sostenido en las actividades sociales y productivas.

De tal manera que el envejecimiento exitoso va más allá de la ausencia de enfermedad y del mantenimiento de capacidades funcionales, sin embargo, no deja de considerar estos importantes componentes, ya que considera que para tener un envejecimiento exitoso, se deben combinar estos componentes fisiológicos con la participación activa en la vida y las relaciones interpersonales, la primera hace referencia a las actividades que generan un valor social o una remuneración económica, mientras que las relaciones personales implican contacto con otros, intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa.

Ahora bien, el modelo de envejecimiento exitoso no ha sido definido operacionalmente por sus autores, no obstante, Stawbridge, Wallhagen y Cohen (2002) definen los componentes de este modelo, considerando a la ausencia de enfermedad y discapacidad, como ausencia de enfermedades del corazón, eventos vasculares cerebrales, bronquitis, diabetes, cáncer, osteoporosis, enfisema o asma, la ausencia de discapacidad, como la capacidad de ejecutar actividades básicas, el funcionamiento físico y cognitivo, lo relacionan a la capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales en el hogar, y por último, la participación activa, refiere al contacto cercano con familiares y amigos.

Como ya se mencionó, el modelo de envejecimiento exitoso, permite fragmentar la lógica de modelos tradicionales sobre el envejecimiento, prestando atención a cuestiones positivas, que van más allá de la parte fisiológica, sin embargo, no retoma la manera en que el adulto mayor se va adaptando a las circunstancias generadas por el envejecimiento.

Afortunadamente, Paul Baltes y Margaret Baltes (Baltes, M., 1998; Baltes, P., 1997; Baltes, P. & Baltes, M., 1993; Baltes, P. & Smith, 2003) contribuyeron con suficientes supuestos para lograr un envejecimiento satisfactorio, aportando así, un modelo que contempla las estrategias de adaptación, el Modelo de Selección-Optimización-Compensación (SOC), el cual postula que al envejecer se requieren de modificaciones y adaptaciones en los procesos evolutivos.

Los autores de este modelo, ubican a la selección, como la elección de objetivos (estados que la gente busca obtener o mantener), a la optimización la consideran, como el uso de medios o recursos específicos para obtener los objetivos seleccionados, y finalmente, la compensación, refiere al uso de medios o recursos para lograr objetivos que se han perdido o están en declive.

Hoy en día, este nuevo enfoque se fundamenta en evidencia empírica que tiene como soporte la exploración del potencial, así como de los límites del desarrollo humano en las últimas décadas de la vida (Baltes, M., 1998; Baltes, P., 1977; Baltes, P. & Smith, 2003). De tal manera que las ultimas décadas de la vida, influyen, no sólo aspectos biológicos, sino económicos, políticos, sociales y psicológicos, en lo que concierne al último, es importante que los profesionales responsables de esta disciplina, generen explicaciones que permitan no sólo la investigación descriptiva en el aspecto cognitivo y comportamental en esta etapa, sino generen intervenciones eficaces, dirigidas a promover un envejecimiento exitoso.

1.1 Realidad demográfica

En la actualidad el avance científico y tecnológico no sólo ha permitido la satisfacción de necesidades humanas, ya sea en el terreno de la salud, comunicación, educación, producción de alimentos, o en cualquier otro, sino que paralelo a ello ha contribuido a incrementar la esperanza de vida, la cual es una medida, que según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) expresa el promedio de años que espera viva una persona al momento de su nacimiento sobre la base de las tasas de mortalidad por edad para un año determinado, constituyendo así un indicador sintético por excelencia para medir y caracterizar el desarrollo de un país o territorio.

Estadísticas recientes, muestran que a nivel mundial la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014) “las proyecciones según, indican que en México; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61; en el 2000 fue de 74 y en 2014 de 75 años”, asimismo, considera que diariamente en México, 800 personas cumplen 60 años y para el año 2050 se estima que una de cada cuatro personas sea adulto mayor, lo cual puede interpretarse como un proceso silencioso de transición demográfica, ya que hoy en día los adultos mayores conforman el grupo de edad con una mayor tasa de crecimiento.

Cabe señalar que para determinar quién es parte de la población envejecida y quien no, se utiliza la edad cronológica, y un criterio utilizado es cumplir 60 o 65 años de edad, bajo esta lógica, Siegel (1980) considera que la demografía del envejecimiento está firmemente sustentada en la teoría del crecimiento y estructura de la población. De tal manera que las cifras actuales en México son resultado de la inercia demográfica, que tuvo sus inicios en la década de 1930, por lo tanto, el envejecimiento y las condiciones de las personas en la vejez pueden ser descritos a través de los cambios en la fecundidad, mortalidad y morbilidad.

Kinsella y Phillips (2005) mencionaban que las poblaciones empiezan a envejecer cuando la fecundidad disminuye y las tasas de mortalidad entre los adultos mejora, hoy en día, en México es una realidad, ya que se ha presentado un aumento en las personas de 65 años o más, acompañado de una disminución del porcentaje de niños y adultos. Cabe resaltar

que en algunas entidades, existe una transición demográfica más avanzada, como lo es el caso del Estado de México y el Distrito Federal, y aun cuando en otras entidades, este fenómeno no sea predominante, es importante que ya se comiencen a crear infraestructura de servicios propios de una población envejecida. Por ende, es fundamental el análisis de las características básicas de la población envejecida, tales como, género, edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, etc., para tener un panorama que ilustre la situación actual.

En el Perfil sociodemográfico de adultos mayores, reportado por el INEGI (2014), mencionan:

Referente al género, que, en las 30 entidades federativas del país, la proporción de población femenina es superior a la de hombres.

En cuanto al estado civil, señalan que, en 2010, cerca de 635 mil personas de 60 y más años se declararon solteras (nunca unidas), de éstas, 229 mil son hombres y el resto mujeres, es decir 56 hombres por cada 100 mujeres permanecen solteros, cabe destacar que la mayoría de las mujeres adultas solteras viven en las localidades más grandes y suman casi el doble de los hombres solteros en el mismo tamaño de localidad. Siendo el contexto rural, el tamaño en el que vive el menor número de solteras.

A su vez, reporta que la edad se clasificó en tres grupos 60-64 años, 65-84 años y 85 y más años, de los cuales, se observó que del 2000 al 2010, en el grupo de 65-84 años, hubo un aumento en el número de personas que manifestaron tener alguna limitación en las capacidades o actividades.

Respecto a la economía de esta población, señala que ésta, se agrupa principalmente en la clase no económicamente activa, observándose un descenso de su participación, además indican, que una de cada dos personas adultas mayores recibe menos de dos y hasta tres salarios mínimos promedio mensual, como pago por su trabajo, mientras que 19.5% percibe más de tres salarios mínimos, con una mayoría participativa de hombres. En tanto que 18.9% labora sin recibir ingreso alguno, asimismo menciona que las mujeres, perciben una menor remuneración pues su mayor participación, 53.2%, se ubica en el de dos salarios mínimos.

El panorama estadístico mencionado, muestra lo alarmante que resulta el envejecimiento en México, ya que es un desafío para el sector salud, educativo, político, económico y social, en el que busquen generar políticas reales, que garanticen buenas condiciones para todos los adultos mayores.

2. CALIDAD DE VIDA.

Desde tiempos remotos, ha existido gran interés por estudiar la calidad de vida, no obstante, el término como tal y el inicio por la evaluación científica del mismo es relativamente nuevo. En un inicio la expresión calidad de vida aparecía en diversos discursos, entre los que destacan se encuentra el económico, ambientalista, social y filosófico.

Dentro del discurso económico se asociaba la calidad de vida a variables tales como el porcentaje de población activa, tasa de desempleo, ingreso y ahorro, sin embargo, resultaron ser insuficientes para medir la calidad de vida, como menciona Left (1995) “la calidad de vida no es cantidad en términos económicos”.

En cuanto al discurso ambientalista, sustentaba que la degradación ambiental afectaba la calidad de vida, por ende reconocía la importancia de evaluar indicadores sobre la urbanización, es decir espacio y vivienda, acceso a servicios públicos, electricidad, agua, seguridad, entre otras, e industrialización, la cual consideraba, contaminación de ríos y lagos, adelgazamiento de la capa de ozono, manejo de desechos tóxicos, al igual que las variables de todo lo implicado con la pérdida de biodiversidad.

En el discurso social, se reconocía la importancia de ser parte de un contexto seguro, permeado de medios educativos, culturales y sanitarios. Teniendo acceso a actividades culturales, deportivas y recreativas. Finalmente, el discurso filosófico cuestionaba si la calidad de vida debía dirigirse hacia la satisfacción de una persona o hacia la satisfacción de recursos.

De tal forma, la expresión comenzó a desarrollarse como un concepto de carácter multidimensional, ya que consideró todas las áreas de la vida, así como condiciones objetivas y subjetivas. En 1974 apareció el término en la primera revista *Social Indicators Research*, esparciendo su difusión teórica y metodológica, siendo la década de los 80, la del inicio definitivo de la investigación en torno al término.

No obstante, transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo, así como de su evaluación. Aunque históricamente se podría decir

que han existido dos aproximaciones básicas, aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios.

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

Por otra parte, Guadarrama, Hernández, Márquez y Veytia (2014) destacan que es un concepto que se define a partir de la interacción de múltiples factores como la edad, el sexo, satisfacción de necesidades, la percepción que el sujeto tiene de sí mismo y del contexto en el que se desarrolla, las potencialidades con las que cuenta y pueda desarrollar, la actitud que tenga el individuo hacia las cosas positivas o negativas y la práctica de normas que expresan la moral del contexto en el que vive, donde podrá encontrar el bienestar y la satisfacción.

Confirmando lo referido por Ardila (2003), al señalar que la calidad de vida no sólo depende de los aspectos objetivos como son el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, comunitario y la salud objetivamente percibidos, sino también del aspecto subjetivo de bienestar físico, psicológico y social del propio individuo.

En la actualidad es considerable la cantidad de instrumentos que se han ido desarrollando en torno a la evaluación de la calidad de vida, entorno a ello, menciona González –Celis (2005) lo más importante es que deben satisfacer algunas consideraciones metodológicas en los instrumentos de calidad de vida, y que estos sean confiables, validos, sensibles al cambio y relativamente breves. De tal forma que existen cuestionarios de amplio reconocimiento y uso en todo el mundo, con los que se puede medir la calidad de vida en personas mayores, dos instrumentos representativos de lo anterior son el EQ-5D (*The EuroQoL Group*, 1990) y el WHOQOL-BREF (*WHOQOL Group*, 1998).

El cuestionario EQ-5D es un instrumento que mide la calidad de vida en relación con la salud y está compuesto por cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades

cotidianas, dolor y estado de ánimo. En adultos mayores, este instrumento se ha utilizado para un variedad de investigaciones, Naglie et al. (2011), hicieron estudios sobre calidad de vida en pacientes con Alzheimer, Kvamme, Olsen, Florholmen y Jacobsen (2011) midieron el riesgo de malnutrición y calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores, Sun, Lucas, Meng y Zhang (2011) investigaron la relación entre el vivir solo o en compañía del esposo y los hijos, y el estado de salud con la calidad de vida, Hawton et al. (2011) indagaron el impacto del aislamiento social sobre el estatus de salud y Winter, Korchounov, Zhukova y Bertschi, (2011) evaluaron si la depresión en adultos mayores con Alzheimer o demencia vascular tiene influencia sobre su calidad de vida.

El WHOQOL-BREF es otro instrumento que permite evaluar la calidad de vida, es conformado por 26 reactivos, los cuales se distribuyen en cuatro dimensiones; salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Cabe señalar que este instrumento fue desarrollado como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos), de modo que se sintetizaran áreas, y fuera más rápida y sencilla la evaluación del mismo, sin perder sus propiedades psicométricas. En adultos mayores se ha utilizado para una variedad de investigaciones, Ardalan y et al. (2011) evaluaron la calidad de vida en supervivientes de terremotos, Lasisi y Gureje (2010) la discapacidad y calidad de vida en personas con vértigo, Chan et al. (2009) los predictores de cambio en calidad de vida relacionada a la salud en individuos deprimidos.

Tiempo después, en el año 2000 se considera la importancia de desarrollar a nivel internacional una escala específica para evaluar la calidad de vida en ancianos (*Proyecto WHOQOL-OLD*). El desarrollo de dicha escala se llevó a cabo a partir del cuestionario WHOQOL-100, por percibirse como la mejor medida de calidad de vida existente hasta ese momento. De tal forma se conformó el WHOQOL-OLD, conformado por 24 reactivos con seis diferentes dimensiones y sus respectivos valores de consistencia interna; Capacidad sensorial ($\alpha = .84$), Autonomía ($\alpha = .72$), Actividades pasadas, presentes y futuras ($\alpha = .74$), Participación/aislamiento ($\alpha = .79$), Intimidad ($\alpha = .88$) y Muerte y agonía ($\alpha = .84$), obteniendo el total de los ítems una consistencia interna de $\alpha = .89$ (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD Group, 2005).

Es así que en los últimos diez años, han aumentado progresivamente el número de investigaciones sobre la calidad de vida en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico, todo esto con el objetivo de operacionalizar la calidad de vida, estudiado así diversos indicadores; bienestar, redes de apoyo, educación, ocio, vivienda, salud, entre otros.

En relación al indicador salud, es importante resaltar que, en la actualidad, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento considerable de personas con algún grado de discapacidad y de enfermedades crónicas, sobre todo en poblaciones de adultos mayores, los cuales son vulnerables a diversos deterioros fisiológicos y enfermedades, padeciendo así, no sólo los efectos de la enfermedad, sino del mismo tratamiento. Bajo esta lógica, numerosos trabajos de investigación científica consideran relevante la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o del deterioro sensorial acumulado por la edad, en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

2.1 Proceso de salud-enfermedad.

El estado de salud, ha sido definido por la Organización de las Naciones Unidas (2001) como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad”. Sin embargo, en la edad adulta las pérdidas cognitivas y fisiológicas difícilmente se pueden controlar, siendo un grupo de edad más vulnerable a presentar enfermedades, ya sea por el desgaste acumulado a lo largo de la vida o por la manifestación de enfermedades crónico degenerativas; dada su condición de vulnerabilidad, esta población se transforma en una alta consumidora de servicios de salud.

Bajo esta lógica, resulta fundamental que, en psicología, se considere que en la etapa de la vejez, se presentan tanto cambios en las capacidades sensoriales, como en las motoras, experimentando así, diversas alteraciones en todos los sistemas fisiológicos, tanto en el musculoesquelético, cardiovascular, respiratorio, digestivo, entre otros.

En cuanto al sistema musculoesquelético que comprende los huesos, músculos y articulaciones que posibilitan el movimiento y proporciona soporte al resto de los órganos, con el paso del tiempo los músculos pierden masa muscular o sufren atrofia de las propias fibras musculares, los huesos se tornan más frágiles, quebradizos y porosos, a ésta pérdida se le llama osteoporosis, en cuanto a las articulaciones, se presenta un desgaste de la almohadilla que protege las articulaciones, conocida como osteoartritis, todos estos cambios afectan el rendimiento motor, por lo tanto las personas mayores suelen ser más lentas en sus acciones y movimientos, respondiendo a los estímulos con menor velocidad.

Referente al sistema cardiovascular, es posible afirmar que su principal función, radica en llevar sangre a todo el cuerpo, está compuesto por el corazón y por una red de arterias, venas y capilares, sin embargo, conforme se envejece, el corazón cambia de tamaño debido a la grasa que se deposita sobre la superficie cardiaca, originando así que ésta decline con la edad, mientras que las arterias disminuyen de calibre y la presión arterial aumenta.

El sistema respiratorio, integrado por las vías respiratorias, es decir, el conjunto de estructuras formado por la cavidad nasal, la faringe, laringe, tráquea, bronquios y subdivisiones más pequeñas, ésta sección es la encargada de permitir la entrada de aire a las superficies respiratorias, y el aparato pulmonar, donde se efectúan los intercambios gaseosos

entre el aire del ambiente y la sangre. El cambio más evidente y que es relacionado a la vejez es la dificultad respiratoria, ya que a medida que se envejece el flujo del aire hacia los pulmones disminuye, originando enfermedades como bronquitis, enfisema y neumonía.

Por otra parte, el sistema digestivo se conforma de boca, faringe, esófago, estómago, hígado, páncreas, intestino delgado, intestino grueso y ano, tiene como principal función la de nutrir al organismo, desafortunadamente, en este sistema se presentan problemas principalmente por una disminución en la ingesta de líquidos, una dieta pobre de nutrientes o incluso una ingesta de fármacos para mitigar el dolor de otras enfermedades.

Estas modificaciones que sufre el organismo en ésta etapa, incrementan una mayor predisposición a desarrollar diversas enfermedades, ya sean crónicas, mentales, agudas o infecciosas, entre las más comunes radican enfermedades de la vista, minusvalías en el oído, cardíacas, artritis, osteoporosis, hipertensión, diabetes, ansiedad, depresión, entre otras. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y el bienestar de las personas.

2.1.1 Percepción de salud

Desde 1987, uno de los indicadores más comunes y consolidados en encuestas e investigaciones concernientes a la salud, ha sido el estado de salud percibido, lo cual permitiría suponer que el reporte emitido por los participantes, ya sea como muy bueno, regular, malo, muy malo podría ser subjetivo, no obstante, ha mostrado tener una estrecha relación la valoración de salud y otras consecuencias de la misma, como indican Gallegos, García, Durán, Reyes y Durán (2006) el concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará de manera determinante con una valoración subjetiva; es decir, que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo con sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuenta.

Por otra parte, Suárez (2004) la define como la percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable. Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona.

Siguiendo con la conceptualización, es posible afirmar que la valoración del estado de salud permite aproximarse no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también permite indagar el por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen, por lo tanto, la autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Estadísticas muestran que los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas.

Ahora bien, conforme se suscitan los cambios fisiológicos, las personas mayores tienen probabilidades de sufrir alteraciones en el ritmo funcional de su vida cotidiana, lo que conlleva a problemas psicológicos además de físicos. Por ello es importante señalar que la percepción de la salud en la adultez mayor se convierte en objeto de estudio de numerosas investigaciones, pues no sólo da cuenta del estado de salud de la persona sino también de los múltiples factores que se asocian a ella.

Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercebir que el organismo funciona de manera congruente e integrada (Labiano, 2002). Por otra parte, en la investigación realizada por Cid A., Ferrés D., y Rossi M. (2007) señalan que percibirse enfermo, disminuye el nivel de bienestar. Lo cual coincide con lo que indica la literatura, al considerar los ideales que una persona sana tiene, refiriendo al ideal como un propósito, algo por lo cual vivir y luchar. Así, la ausencia de ideales, origina que las personas se esfuercen menos, siendo más abatidos por los contratiempos, menos estables y menos saludables. De tal suerte que la presencia de un sentido en la vida, funge como un sinónimo de salud mental y física.

En otra investigación realizada por Cid *et al.* (2007), se reportó algo similar al analizar la calidad de vida de los adultos mayores, al señalar que los individuos tienden a reportar mayores niveles de felicidad cuando tienen mejor salud, alto nivel de ingreso y están casados. Por el contrario, reportan baja felicidad cuando viven solos y su nutrición es insuficiente, a la vez que la educación no tiene un impacto claro sobre la felicidad.

2.1.2 Percepción de la pérdida del funcionamiento sensorial.

La información sensorial obtenida de lo que rodea al ser humano, procede de diversas fuentes, ya que a través de las terminaciones nerviosas se percibe presión, dolor, calor y frío, un ejemplo de ello son los nervios sensoriales que se ubican en los músculos y articulaciones que transmiten información sobre la posición de las extremidades, sin embargo, en la vejez, estas capacidades sensoriales pueden verse afectadas, lo cual implica diversos cambios y ajustes.

Referente a la visión y a la audición, son los sentidos que de alguna manera resultan sustanciales en medida de que una alteración o pérdida en estos, implicaría un obstáculo para mantenerse en contacto con el mundo exterior y desenvolverse en determinados aspectos de la vida cotidiana.

En lo que concierne a la visión, en diferentes momentos del ciclo vital ocurren cambios relacionados con las partes del ojo (cornea, cristalino, músculos y otras partes) que afecta la transmisión de ondas visuales y sobre todo a la capacidad visual, como afirma Kline D. & Scialfa C (1996) los cambios comienzan a tener importancia entre los 35 años y 45 años, los cambios en la retina y el sistema nervioso empiezan a ser notables entre los 55 y 65 años. Existe evidencia de que los principales problemas de visión que se agravan con la edad son deterioro de la agudeza visual (incapacidad para discriminar con precisión entre dos estímulos), presbiopía (afección a la capacidad de ver con precisión objetos cercanos) y deslumbramiento (efecto cegador, producido por la luz directa). De tal forma, es importante el diagnóstico temprano, ya que como afirma Schaie y Wills (2003), uno de los problemas de este tipo de afección, es que no tiene síntomas aparentes en muchos casos, hasta que la retina se ha dañado de forma irreparable.

Ahora bien, la pérdida de audición (presbiacusia) es muy frecuente en personas mayores y puede deberse a diferentes causas, sin embargo, el 90% de los casos se debe a factores relacionados al envejecimiento, a enfermedades y agentes que lesionan el oído. Para comprender la presbiacusia, es fundamental ubicar que el oído es una estructura compleja que se compone de la oreja, el canal auditivo, el tímpano y los tres huesos del oído, las partes

externas de éste, son las encargadas de transmitir al cerebro vibraciones acústicas, a través de receptores, ubicados en el oído interno.

Bajo esta lógica, es fundamental ubicar la percepción de la pérdida del funcionamiento sensorial, la cual refiere a la valoración que el adulto mayor hace en relación al estado de sus funciones visuales, auditivas, gustativas, olfativas, ya que si llega a percibir o a presentar alguna afección total o parcial, podría generar disfunción en su esfera biológica, psicológica y social, con repercusión en su independencia y bienestar, mostrando dificultades para realizar actividades cotidianas y para relacionarse con otras personas.

Diversos estudios han mostrado que la pérdida de funcionamiento sensorial, afecta el bienestar, Johansen et al., (2003) señaló que el deterioro de la visión puede conducir a pérdida de la autoestima y de la independencia funcional. Además, de que se ha reconocido como un factor de riesgo de mortalidad. Por otra parte, el déficit auditivo es también factor de riesgo de otras discapacidades y merece reconocimiento, abordaje terapéutico y seguimiento, ya que su deterioro limita la funcionalidad (DeVore, 1992).

De manera similar, Espinoza, Salinas, Moreno y Téllez (2011), realizaron un estudio en población mexicana con personas ancianas, encontrando que el deterioro visual y auditivo son los más asociados negativamente al bienestar, más que la presencia de otras enfermedades.

2.2 Preocupación por morir.

De cualquier lista de inquietudes humanas, la muerte, el final inevitable de la vejez, ocupa el primer lugar, es así que, desde la antigüedad, múltiples filósofos han cuestionado la conceptualización de morir, lo cual en la actualidad no es la excepción, pues se han realizado múltiples investigaciones tanto cualitativas, como cuantitativas en lo que concierne a la preocupación por morir.

En la década de los cincuentas, el estudio de las actitudes hacia la muerte comenzó a ser en un tema de interés psicológico, prueba de ello son los estudios de Feifel, realizados con poblaciones geriátricas y mentalmente enfermas (Neimeyer, Wittkowski & Moser, 2004), posteriormente a mediados de los sesentas, hubo un aumento en la cantidad de reportes sobre el tema, no obstante, la etapa significativa de estas investigaciones fue hasta los setentas, década en la que se elaboran los primeros instrumentos confiables, diseñados para evaluar el temor y la ansiedad ante la muerte, hoy en día se siguen realizando investigaciones en lo que concierne a este tema.

Bajo estas investigaciones, la preocupación por la muerte se ha entendido como los pensamientos, temores y emociones, producidos por la percepción de señales de amenaza o peligro, ya sean reales o imaginarias, que se desencadenan ante estímulos ambientales, situacionales o internos. Por lo general, esta preocupación es asociada a enfermos en situación terminal que han de afrontar la muerte inminentemente, sin embargo, también suele presentarse en cualquier persona, ya sea joven y sana.

Por lo regular, la muerte de un infante o de una persona joven provoca una desgracia inesperada y rompe con el esquema que la sociedad tiene del desarrollo de la vida humana, ya que en estas etapas no se ha iniciado aun proyectos de vida, sino más bien se están adquiriendo las habilidades y destrezas para la vida (Bernier, 2004). Sin embargo, la cuestión con los adultos mayores consiste en algo diferente, ya que de alguna manera han experimentado frecuentes enfrentamientos personales con la muerte de otros individuos y en este momento de la vida, el deterioro fisiológico propicia que la muerte está cerca, originando temor y tensión en el adulto mayor que repercute en muchos casos, en el bienestar, dificultando así que las personas enfrenten sanamente todos los cambios presentes en la

adultez mayor. Así, como señalan, Álvarez, L. & Flórez Z. (2007) las actitudes hacia la muerte en estas poblaciones resultan ser una categoría de intervención psicológica de gran importancia toda vez que los individuos que padecen enfermedades crónicas, dependiendo de la fase de la misma y de su edad ven afectado su bienestar psicológico por creencias asociadas con su propia muerte.

En una investigación realizada por Fortner y Nermeyer (1999) concluyen que una mayor incidencia de problemas físicos y psicológicos son predictores de ansiedad ante la muerte, afectando así el bienestar. De manera similar, Álvarez, L. & Flórez Z. (2009) reconocen que el temor hacia la muerte, hace que el bienestar psicológico se vea comprometido en mayor o menor medida por estados de temor, ansiedad y otras preocupaciones que hacen del proceso de enfermedad una condición de mayor dificultad aumentándose la percepción negativa de esta experiencia.

Ahora bien, el hecho de morir, implica, desconocer las condiciones en que la muerte llegará a cada persona, evocando así un sinnúmero de sensaciones, en particular, cierta incertidumbre y temor, al desconocer la forma, el lugar y la edad en que se va a morir. De tal forma, la construcción del concepto de muerte en el adulto mayor está mediada por diversos factores, entre ellos está el presenciar muertes cercanas, las enfermedades, el distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas y la elaboración de duelos correspondientes (Viguera, 2005)

Los estudios en torno a las actitudes hacia la muerte se han llevado a cabo en distintas poblaciones: adolescentes (Abengózar, Bueno, & Vega, 1999), adultos jóvenes (Ray & Najman, 1974; Hoelter, 1979; Florian & Kravetz, 1983; Abengózar et al., 1999), adultos mayores (Serra & Abengózar, 1990; Clements, 1998; Catt et al., 2005; Ardel & Koenig, 2006). En general, estas investigaciones han reportado que la muerte se percibe como algo irrevocable y no temible, siempre y cuando se conserven proyectos de vida personales y vínculos sociales activos. Por otra parte, diversas investigaciones evidencian que el mayor temor experimentado es sobre “el cómo” de la propia muerte y no a “la muerte” en sí (Falkenhain & Handal, 2003; Cicirelli, 2003; Neimeyer, Wittkowski, & Moser, 2004; Catt et al., 2005; Ardel & Koenig, 2006).

Estas investigaciones han enfatizado la importancia de crear nuevas perspectivas en el cuidado de los adultos mayores en el proceso de muerte, de tal forma que puedan comprender las emociones evocadas ante los estímulos relacionados con la mortalidad, así como las perspectivas de afrontamiento, logrando una adaptación satisfactoria en esta etapa, como señalan Krzeim, Monchietti y Urquijo (2005) el afrontamiento, es aquel que repercute positivamente en el bienestar psicológico y permite una mayor adaptación a las situaciones problemáticas.

3. BIENESTAR

La psicología como disciplina científica, ha investigado el comportamiento humano, centrándose en diversas patologías y enfermedades mentales, logrando la conformación de un campo de conocimientos y teorías, Seligman y Csikszentmihalyi (2000), postulan que este gran énfasis de la psicología clásica en la enfermedad ha hecho descuidar los aspectos positivos, tales como el bienestar, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorándose los beneficios que estos presentan para las personas. Bajo este escenario, surge la psicología positiva, la cual fue definida como la ciencia de la experiencia subjetiva positiva, los rasgos individuales positivos, las instituciones y comunidades positivas (Gable & Haidt, 2005), de tal forma, esta disciplina comenzó a indagar sobre el efecto que tenían las fortalezas y virtudes humanas, en la vida de las personas y en la sociedad.

En lo que concierne al bienestar, cabe mencionar que desde la antigüedad en los legados de Platón, Aristóteles, Confucio y Séneca, así como en las tradiciones espirituales de Oriente y Occidente; el cristianismo, el budismo, el hinduismo, el taoísmo, etc., ya existían pensamientos filosóficos acerca del cuidado del alma, la vida virtuosa y tranquila, reflexiones que se extendieron por el mundo y permitieron dar pie a nuevas e importantes investigaciones.

Ahora bien, en la actualidad el bienestar es considerado como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo. En concreto, existen dos perspectivas que permiten contemplarlo, es a través del bienestar hedónico, es decir lo relacionado a la felicidad y del bienestar eudaimónico, el cual se relaciona al potencial humano (Diaz et al., 2006)

3.1 Bienestar Hedónico

La concepción hedonista, también conocida como bienestar subjetivo, es la que más tradición tiene en el estudio del bienestar, y ha sido asociada a la experiencia subjetiva de felicidad que surge como resultado de un balance general entre las situaciones de placer y de displacer, entre los buenos y los malos elementos de la vida (Ryan & Deci, 2000). En concreto, y como señala Ryff (1989), el bienestar subjetivo comenzó a usarse como un indicador del efecto de ciertas diferencias y cambios sociales o de la efectividad de programas de diversa naturaleza aplicados en ciertas comunidades.

Diversos autores lo definieron en términos de satisfacción con la vida: juicio global que las personas hacen de su vida (Diener, 1994; Veenhoven, 1994; Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita, 2000; Cabañero et al., 2004), o en términos de felicidad: balance global de los afectos positivos y los afectos negativos que han marcado nuestra vida (Argyle, 1992). Considerando estas conceptualizaciones, Ryff (1989) sugirió un modelo multidimensional de bienestar, que permitía sistematizar el bienestar hedónico, y se conformaba por cuatro dimensiones; autoaceptación, relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno.

La dimensión autoaceptación, forma parte de lo que se conoce como “funcionamiento positivo”, de tal forma que las personas con mayor autoaceptación, tienen una actitud positiva hacia sí mismas, aceptando tanto los aspectos positivos, como negativos de su personalidad, de esta manera no se sienten insatisfechas consigo mismas y aceptan aspectos de su pasado de manera funcional.

Las relaciones positivas, es otra de las dimensiones que implica establecer relaciones de calidad con los demás, incluyendo gente con la que se pueda contar o alguien a quien amar, de esta manera se considera que una relación positiva también es aquella que es cálida, satisfactoria y de confianza, las personas se preocuparían por el bienestar de los otros, sintiendo empatía e intimidad por los demás. Se debe señalar que la pérdida de apoyo social o el aislamiento social, o bien experimentar sensaciones como la frustración o falta de compromiso en sus relaciones, aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad, reduciendo la esperanza de vida.

En cuanto a la dimensión autonomía, se señala que es la sensación de poder elegir por sí mismo, de tomar propias decisiones, incluso si van en contra de la opinión mayoritaria, manteniendo así independencia personal y convicciones. Las personas que cuentan con una mayor autonomía pueden resistir con facilidad la presión social, y regular su propio comportamiento, siendo así más independientes porque se evalúan a sí mismas con propios estándares y no con expectativas de los demás.

La dimensión dominio del entorno refiere al manejo de las exigencias y oportunidades del ambiente para satisfacer las necesidades y capacidades. Asimismo se considera que las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo, sintiéndose capaces de influir en el ambiente que las rodea y haciendo uso efectivo de las oportunidades que les ofrece su entorno, siendo capaces de crear o escoger entornos que encajen con sus necesidades personales y valores, por el contrario, las personas con bajo dominio del entorno tienen problemas para manejar asuntos de la vida cotidiana, no son capaces de mejorar o cambiar su entorno, y por ende no son conscientes de las oportunidades, y pierden el control de su entorno.

Bajo esta conceptualización, se han generado diversas investigaciones, por una parte Cohen, Alper, Doyle, Treanor & Turner (2006) midieron el estilo afectivo positivo y negativo, encontrando una asociación entre efecto positivo y menores tasas de enfermedad. Por su parte, Blanchflower y Oswald (2007) encuentran que aquellos hombres con menores problemas de hipertensión son los que reportan más altos niveles de satisfacción con la vida.

Respecto a la edad, Mroczek y Kolarz (1998) concluyeron que el afecto negativo (infelicidad) es más alto entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores, no obstante, existen investigaciones que ponen en duda si a medida que envejecen las personas se sienten más insatisfechas (Ormel, Kempen, Deg, Brilman, Van Sonderen & Relyveld, 1998; Fernández-Ballesteros, 1999).

En cuanto al género y la felicidad, Diener et al. (1999) muestran que generalmente no hay diferencias y que cuando éstas se observan son muy débiles, a favor de las mujeres, y eventualmente desaparecen cuando se controlan otras variables demográficas.

Referente al estado civil, existen investigaciones en las que hay diferencias significativas, siendo el grupo de los viudos el que menor satisfacción obtenía, resultados que corroboran trabajos como el de Wood, Rhodes y Whelan (1989), Acock y Hurlbert (1993) o Triadó (2003). Lo cual coincide con lo señalado por García Martín (2002), numerosos estudios han mostrado una mayor prevalencia e incidencia de muchos desórdenes tanto físicos como psicológicos, así como una menor esperanza de vida entre las personas sin pareja, mientras que el matrimonio es uno de los mayores predictores de satisfacción con la vida. Por otra parte, Stack y colaboradores (1998) hallaron resultados similares, encontrando que existe una estrecha correlación entre estar casado y reportarse como felices, al igual que Gary Becker (2000), quienes señalaron que el matrimonio protege a los miembros de la familia contra las inseguridades y peligros de la vejez.

Otro estudio referente al estado civil, realizado por Liberalesso (2002) reportó que las mujeres que viven solas no se sienten aisladas, ni en soledad, consideran que vivir solas es una contingencia del ciclo de vida individual, que los amigos son más efectivos que los parientes, y que sus relaciones recientes son más relevantes que las antiguas, de manera similar, los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2006), mencionan que la viudez en las mujeres, parece tener un efecto menos negativo para éstas.

3.2 Bienestar Eudaimónico

El bienestar eudaimónico, ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo.

Ryff (1989) señaló que la dimensión eudaimónica, también se puede centrar en el desarrollo personal, en las formas de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo de las personas por conseguir sus metas, así como también en las valoraciones que hacen de sus circunstancias y de su funcionamiento dentro de la sociedad. De tal forma que en el bienestar eudaimónico se enmarcan actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, logrando que las personas se sientan vivas y auténticas. (Waterman, 1993) Waterman, A.S. (1993).

Desde una perspectiva quizá más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Ryff (1995) comenta que una caracterización más ajustada del más alto de los bienes humanos, es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial. De tal forma, el bienestar eudaimónico estaría relacionado con el hecho de tener un propósito en la vida, de conseguir metas valiosas, superando así los desafíos presentes. Ahora bien, a la hora de sistematizar y crear un instrumento para medir el bienestar eudaimónico, Ryff (1989) consideró dos dimensiones; propósito en la vida y crecimiento personal.

Propósito en la vida, definido como el sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos, teniendo la sensación de que su vida se dirige a alguna parte, sienten que su presente y su pasado tienen significado, y mantienen creencias que dan sentido a su vida.

Crecimiento personal, hace referencia al esfuerzo que hacen las personas, para sacar el mayor partido a sus talentos y habilidades, utilizando todas sus capacidades, que a la vez desarrollan sus potencialidades para seguir creciendo como persona.

Respecto al bienestar eudaimónico, existen investigaciones sobre su asociación con indicadores biológicos relacionados con la salud, las cuales reportan que este tipo de bienestar suele tener una relación más consistente con la salud física que las medidas de bienestar hedónico (Vázquez & Castilla, 2007). Bajo una lógica similar, en un estudio con mujeres mayores, realizado por el grupo de la norteamericana Carol Ryff, se encontraron resultados similares, señalando que aquellas mujeres con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal, y mejores relaciones interpersonales presentaban menor riesgo cardiovascular. Siendo posible afirmar que el bienestar eudaimónico está vinculado a mecanismos que permiten buscar lo positivo de lo que sucede y en medida de ello efectuar ajustes. Lo cual cobra sentido con la afirmación de Fredrickson, (2009), un aspecto importante de la concepción eudaimónica en la salud, es que funge como un amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Justificación

En la actualidad, es una realidad el avance demográfico en la población de adultos mayores, por lo tanto, es fundamental, generar investigaciones que promuevan un envejecimiento exitoso, ya que en la vejez, el organismo sufre de cambios en todos los sistemas fisiológicos, así como alteraciones que se suscitan tanto a nivel físico como psicológico, por ende, resulta importante considerar el efecto que tiene la percepción de los adultos mayores en lo que concierne a su estado de salud, así como el temor a morir, que se origina al estar en etapa de la vejez, a manera que las intervenciones elaboradas, desafíen estos cambios propios de la edad avanzada, enfrentando pérdidas y amenazas al bienestar personal de los adultos mayores. Desafortunadamente, en esta población son pocas las investigaciones encargadas de estudiar el bienestar, pues la mayoría de ellas se centran en aspectos que conforman emociones o estados negativos, tales como depresión, soledad, tristeza, ansiedad, etc.

4.1 Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es el efecto de la calidad de vida en el bienestar psicológico de los adultos mayores?
2. ¿La percepción de la pérdida del funcionamiento de la capacidad sensorial tendrá algún efecto en el bienestar psicológico de los adultos mayores?
3. ¿La preocupación de morir tendrá efecto en el bienestar psicológico de los adultos mayores?
4. ¿Qué efecto tendrá la percepción de salud, estar o no estar enfermo, sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores?
5. ¿Las variables sociodemográficas (género, edad, estado civil), tendrán algún efecto sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Probar el efecto de variables asociadas al proceso de salud-enfermedad (calidad de vida, pérdida del funcionamiento de la capacidad sensorial, preocupación de morir y percepción de salud), además de algunas variables sociodemográficas (género, edad, estado civil), sobre el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico), de adultos mayores pertenecientes a una clínica de salud del estado de México.

5.2 Objetivos Específicos

1. Comparar el nivel de Calidad de Vida sobre el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico) en adultos mayores del estado de México.
2. Analizar si la percepción de la pérdida en el funcionamiento de la capacidad sensorial tiene un efecto sobre el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico) en adultos mayores del estado de México.
3. Establecer si la preocupación de morir tiene un efecto en el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico) de los adultos mayores del estado de México.
4. Someter a prueba el efecto de la percepción del estado de salud (estar o no estar enfermo) sobre el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico) en adultos mayores del estado de México.
5. Determinar si las variables sociodemográficas (género, edad, estado civil), tienen algún efecto sobre el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico) en adultos mayores del estado de México.

6. MÉTODO

6.1 Diseño

El tipo de estudio de la presente investigación fue comparativo-correlacional-transversal, ya que se compararon y correlacionaron las medidas de bienestar con calidad vida, pérdida de la capacidad sensorial, preocupación por morir, percepción del estado de salud y variables sociodemográficas, midiendo en un único momento las variables de interés.

6.2 Participantes

Se empleó una muestra de 188 adultos mayores, que se ajustaban a los siguientes criterios de inclusión: personas adultas mayores de 60 años y más, sin importar el género, estado civil, ocupación o pertenencia algún grupo, o la escolaridad, preferentemente alfabetas, y sin mostrar deterioro cognitivo aparente.

6.3 Instrumentos

1. Carta de consentimiento informado, contiene una explicación detallada por escrito del objetivo de la investigación, la cual debía ser firmada por el adulto mayor, aceptando así, participar en el estudio de manera voluntaria y comprometerse a ser lo más honesto posible en sus respuesta. El investigador por su parte se comprometía y aseguraba la confidencialidad de las repuestas del participante, así como, el uso de la información obtenida exclusivamente para fines de investigación.(Anexo 1)
2. Ficha de datos sociodemográficos, de la cual se seleccionó el reactivo 24 (¿Está usted enfermo? si/no), así como preguntas generales, tales como edad, género y estado civil, este instrumento se compone de 27 reactivos. (Anexo 2)
3. Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD), adaptada a población anciana mexicana, (World Health Organization Quality of Life) (Power,

Power, & Quinn, 2015) Power, Quinn, Schmidt & WHOQoL-OLD Group, 2005). Se emplearon los reactivos; 2 ¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria? 1 (nada) -5 (completamente), 6 ¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá? 1 (nada) -5 (completamente), 7 ¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte? 1 (nada) -5 (completamente), 8 ¿Cuánto le asusta morir? 1 (nada) -5 (completamente), 9 ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir? 1 (nada) -5 (completamente), 10 ¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)? 1 (nada) -5 (completamente), 20 ¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)? 0 (nada) -100 (completamente). Este instrumento cuenta con una varianza explicada de 62.95% y un coeficiente Alfa de Cronbach, y está constituido por 24 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con valores de uno a cinco, agrupados en seis dimensiones: habilidades sensoriales (alfa=.78), autonomía (alfa=.56), actividades (pasadas, presentes y futuras) (alfa=.75), participación social (alfa=.79), muerte y morir (alfa=.83), e intimidad (alfa=.85). La suma de todas las respuestas varía de 24 a 120, donde entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del individuo. (Anexo 3)

4. Escala de Ryff Abreviada (ERA), de la Ryff's Wellbeing Scales (Ryff, 1989), para evaluar bienestar psicológico subjetivo (39 reactivos), traducida y validada en español con muestras de personas mayores por Villar, Triadó, Celdrán y Solé (2010). La escala cuenta con 39 reactivos, agrupados en seis dimensiones: Auto-aceptación, Dominio del medioambiente, Relaciones positivas con otros, Autonomía, Crecimiento personal y Propósito en la vida (Ryff, 1995). De los seis dominios, los primeros cuatro integran la medición del bienestar "hedónico", mientras los dos últimos, crecimiento personal y propósito en la vida, están asociados a un bienestar "eudaimónico". La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert de siete opciones desde "Totalmente de acuerdo" hasta "Totalmente en desacuerdo", con una puntuación de 1 a 6 puntos. La puntuación total podía tener un rango de 39 a 234 puntos, en donde a mayor puntuación mostraría un mayor bienestar. La escala

aplicada con población mayor, ha demostrado tener una aceptable consistencia interna, con una alfa de Cronbach de .73. (Anexo 4)

6.4 Escenario

La aplicación de los instrumentos, se realizó con los adultos mayores que se encontraban esperando consulta externa en la sala de espera de una clínica de salud perteneciente al Estado de México.

6.5 Definición de variables

6.5.1 Definición Conceptual

Bienestar psicológico: El cual está relacionado con cómo la gente lucha en su día a día, afrontando los retos que van encontrando en sus vidas, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando su sensación de sentido de la vida, según Diaz et al., (2006) permite comprender el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo.

Bienestar Hedónico: Ha sido asociado a la experiencia subjetiva de felicidad que surge como resultado de un balance general entre las situaciones de placer y de displacer, entre los buenos y los malos elementos de la vida (Ryan & Deci, 2000).

Bienestar Eudaimónico: Se puede centrar en el desarrollo personal, en las formas de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo de las personas por conseguir sus metas, así como también en las valoraciones que hacen de sus circunstancias y de su funcionamiento dentro de la sociedad. De tal forma que en el bienestar eudaimónico se enmarcan actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno, logrando que las personas se sientan vivas y auténticas. (Ryff, 1989).

Calidad de vida. Es la percepción adecuada y correcta que tiene de si misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas,

esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales (Tuesca, 2005). También es definida en términos de satisfacción con la vida: juicio global que las personas hacen de su vida (Diener, 1994; Veenhoven, 1994; Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita, 2000; Cabañero et al., 2004), o en términos de felicidad: balance global de los afectos positivos y los afectos negativos que han marcado nuestra vida, (Argyle,1992)

Perdida de funcionamiento sensorial: cambios pequeños y graduales en la recepción y respuesta a estímulos externos, luminosos, sonoros, químicos y mecánicos.

Preocupación a morir: Temor más básico que experimenta el ser humano, del que derivan los restantes miedos a través de su asociación directa o genérica con la muerte.

Percepción de salud: Concepción, idea o sensación de la persona sobre su salud.

Género: Características anatómicas y fisiológicas que distinguen a los individuos como hombre y mujer.

Edad: El tiempo de años transcurridos desde el nacimiento del sujeto hasta el momento de la aplicación de los instrumentos de medida.

Estado civil: condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

6.5.2 Definición Operacional

Bienestar psicológico: Puntaje derivado de la Escala de Ryff Abreviada (ERA), de la Ryff's Wellbeing Scales (Ryff, 1989) con 39 reactivos, la escala va de 1 a 6 puntos, donde la puntuación total podía tener un rango de 39 a 234 puntos, en donde a mayor puntuación, mayor bienestar.

Bienestar Hedónico: Puntuación obtenida de la Escala de Ryff (ERA), con 26 reactivos agrupados en las siguientes dimensiones; Auto-aceptación, Dominio del medioambiente, Relaciones positivas con otros y Autonomía. La calificación va de 1 a 6 puntos, donde la puntuación podría tener un rango de 26 a 156, a mayor puntuación, mayor bienestar hedónico.

Bienestar Eudaimónico: Puntuación obtenida de la Escala de Ryff (ERA), con 13 reactivos agrupados en las dimensiones; Crecimiento personal y Propósito en la vida. Cuya calificación va de 1 a 6, donde la puntuación podría tener un rango de 13-78, a mayor puntuación, mayor bienestar eudaimónico.

Calidad de vida: Puntaje obtenido en una escala de 24 a 120 puntos, donde entre más alta sea la puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida del individuo, con el instrumento WHOQoL-BREF adaptado y validado para la población mexicana (Gonzalez-Celis, Trón & Chavéz, 2002). Asimismo, se obtienen seis puntuaciones parciales, una para cada dimensión en una escala de 6 a 20, entre más alta la puntuación mejor percepción en cada dimensión.

Habilidad sensorial: Puntuación obtenida a través de la dimensión de habilidad sensorial del instrumento WHOQoL-BREF, la dimensión se compone de los siguientes reactivos; 2. ¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?, 10 ¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)? y 20 ¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?, donde la puntuación va de 1 a 5, siendo posible una puntuación en un rango de 4 a 20, por lo tanto a mayor puntuación, mayor habilidad sensorial.

Preocupación por morir: Puntaje obtenido a través de la dimensión muerte y morir del instrumento WHOQoL-BREF, la dimensión se integra de los siguientes reactivos; 6. ¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?, 7. ¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?, 8. ¿Cuánto le asusta morir? y 9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?, las puntuaciones de los reactivos, se ubican de 1 a 5, donde es posible un rango de 4 a 20, de manera que a menor puntuación, menor preocupación por morir.

Percepción de salud: Reporte por parte de los participantes de estar o no enfermo.

Género: Identificación que hacía el participante, al seleccionar femenino o masculino.

Edad: Años cronológicos que el participante manifestaba tener. Categorizada en dos grupos, adultos mayores jóvenes, quienes reportaban tener menos o igual a 74 años, y adultos mayores, que señalaban tener arriba o igual a 75 años de edad.

Estado civil: Reporte por parte del participante, mencionando si estaba soltero, divorciado, separado, casado, en unión libre, con pareja o viudo. Esta variable se categorizó en tres grupos, con pareja (participantes que mencionaron estar solteros, divorciados o separados), sin pareja (casados, unión libre o con pareja) y viudos (viudos).

Cabe señalar que tanto la percepción de salud, el género, la edad y el estado civil se obtuvieron a través de la ficha de datos sociodemográficos.

6.6 Procedimiento

Se procedió a solicitar la participación voluntaria de los adultos mayores, explicando así el objetivo del estudio, una vez que aceptaban participar, debían firmar la carta de consentimiento informado, posteriormente, el aplicador preguntaba al participante, si éste deseaba autoaplicarse el cuestionario o si prefería que el aplicador fuera quién hiciera las preguntas a modo de entrevista. De esta manera los adultos mayores debían responder la ficha de datos sociodemográficos y los reactivos correspondientes a los siguientes instrumentos; Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD) y Escala de Ryff Abreviada (ERA), de la Ryff's Wellbeing Scales (Ryff, 1989).

Cabe señalar que se cuidaba que la aplicación fuera homogénea para todos los participantes, asimismo se controlaban las variables extrañas que pudieran interferir en la aplicación como ruido, interrupciones, distracción y fatiga.

7. RESULTADOS

Con la finalidad de homogenizar las escalas y facilitar el análisis estadístico, se transformaron las puntuaciones obtenidas en la Escala de Bienestar Subjetivo (*EBSRyff*) y en sus dimensiones, bienestar hedónico y eudaimónico, así como en el instrumento WHOQOL-OLD y en sus dimensiones, habilidad sensorial y temor a morir, para ello se siguieron las siguientes formulas.

Para la Escala de Bienestar Subjetivo (*EBSRyff*) se consideró que tiene 39 reactivos con un formato de seis opciones de respuesta que van de 1 a 6, de tal manera que la escala total va de 39 a 234, la cual para transformarla a una escala de 0 a 100 se llevó a cabo el siguiente procedimiento, primero se restó -39 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0, así se restó $39 - 39 = 0$, para el límite inferior, y $234 - 39 = 195$, para el límite superior, quedando el rango de 0 a 195; para así seguir con la fórmula $((x - 39) * 100) / 195$, y hacer la transformación de 0 a 100.

En cuanto a la dimensión de bienestar hedónico, se tomó en cuenta que se conforma de 26 reactivos, que van de 1 a 6, por lo tanto la escala total va de 26 a 130, la cual para transformarla se siguió el mismo procedimiento que en la escala de bienestar subjetivo, primero se restó -26 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0, así se restó $26 - 26 = 0$, para el límite inferior, y $156 - 26 = 130$, para el límite superior, estableciendo el rango de 0 a 130; para continuar con la formula $((x - 26) * 100) / 130$, y realizar la transformación de 0 a 100.

Referente a la dimensión de bienestar eudaimónico, se consideró que se compone de 13 reactivos, que van de 1 a 6, teniendo como escala total de 13 a 78, la cual para transformarla a una escala de 0 a 100, se siguió el siguiente procedimiento, primero se restó -13 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0, así se restó $13 - 13 = 0$, para el límite inferior, y $78 - 13 = 65$, para el límite inferior, estableciendo el rango de 0 a 65; para continuar con la formula $((x - 13) * 100 / 65)$, y ejecutar la transformación de 0 a 100.

Para el instrumento WHOQOL-OLD, se estimó que tiene 24 reactivos, que van de 1 a 5, teniendo como escala total de 24 a 120, la cual para transformarla a una escala de 0 a 100, se siguió el siguiente procedimiento, primero se restó -24 a cada puntuación, para iniciar el rango desde 0, así se restó $24-24=0$, para el límite inferior, y $120-24=96$, para el límite superior, estableciendo el rango de 0 a 96; para dar continuidad a la fórmula $((x-24) * 100/96)$ y hacer la transformación.

Mientras que para la dimensión habilidad sensorial, WHOQOL-OLD, se consideró que tiene 4 reactivos, que van de 1 a 5, teniendo como escala total de 4 a 20, la cual para transformarla a una escala de 0 a 100, se siguió el siguiente procedimiento, primero se restó -4 a cada puntuación, para iniciar el rango desde 0, así se restó $4-4=0$, para el límite inferior, y $20-4=16$, para el límite superior, estableciendo el rango de 0 a 16; para continuar con la fórmula $((x-4*100/16)$ y realizar la transformación.

Finalmente para la dimensión temor a morir, se tomó en cuenta que se compone de 4 reactivos, que van de 1 a 5, teniendo como escala total de 4 a 20, la cual para transformarla a una escala de 0 a 100, se siguió el siguiente procedimiento, primero se restó -4 a cada puntuación, para iniciar el rango desde 0, así se restó $4-4=0$, para el límite inferior, y $20-4=16$, para el límite superior, estableciendo el rango de 0 a 16; para continuar con la fórmula $((x-4*100/16)$ y realizar la transformación.

Posteriormente los resultados fueron analizados a través de una paquetería de software estadístico (SPSS), buscando así datos que resultaron de interés y que permitieron profundizar las categorías de análisis mencionadas.

7.1 Análisis Descriptivos

El número total de participantes fue de $n = 188$, con una edad promedio de casi 70 años (D.E. = 6.79), y un rango de 60 a 94 años; de los cuales el 67% ($n = 126$) fueron mujeres y el 33% ($n = 62$) hombres; encontrándose para el estado civil, 13.8% ($n = 26$) son solteros, divorciados o separados, mientras que el 63.8% ($n = 120$) viven casados, en unión libre o cuentan con una pareja, el 20.7% ($n = 39$), son viudos, y 1.6% ($n = 3$) no respondió.

7.2 Análisis de Asociación

En la Tabla 1, se muestran los coeficientes de correlación r de *Pearson* para las variables Calidad de Vida Total, y sus dimensiones, Habilidad Sensorial y Temor a la Muerte asociadas con Bienestar Psicológico, Bienestar Hedónico y Bienestar Eudaimónico. Encontrándose que todas las correlaciones de Calidad de Vida Total y Habilidad Sensorial, con Bienestar Psicológico, Hedónico y Eudaimónico, fueron asociaciones positivas y estadísticamente significativas, donde a mayor puntuación en las medidas de Calidad de Vida, Total y en sus dimensiones Habilidad Sensorial, mayor puntuación en Bienestar (Total, Hedónico y Eudaimónico); es así que la mayor asociación positiva, moderada y estadísticamente significativa, se observa para Calidad de Vida Total con el Bienestar Psicológico ($r = .607$), seguido de Bienestar Hedónico ($r = .614$) y por último Bienestar Eudaimónico ($r = .426$); mientras que para las dimensiones de la Calidad de Vida y Habilidad Sensorial, la mayor asociación fue con Bienestar Psicológico ($r = .337$).

Y para el caso de la dimensión Temor a la Muerte, la asociación fue estadísticamente significativa con Bienestar Psicológico ($r = -.207$), siendo más alta con Bienestar Hedónico ($r = -.273$); por otro lado, Temor a la Muerte no se asoció con Bienestar Eudaimónico.

Tabla 1. Análisis de correlación entre Bienestar Psicológico, Hedónico, Eudaimónico y las medidas de Calidad de Vida Total por las dimensiones de Habilidad Sensorial y Temor a la muerte.

VARIABLES	Bienestar Psicológico	Bienestar Hedónico	Bienestar Eudaimónico
Calidad de vida	r = .607 n = 152 p = .000 ***	r = .614 n = 158 p = .000 ***	r = .426 n = 164 p = .000 ***
Habilidad Sensorial	r = .337 n = 169 p = .000 ***	r = .322 n = 170 p = .000 ***	r = .275 n = 178 p = .000 ***
Temor a la muerte	r = -.207 n = 163 p = .008**	r = -.273 n = 158 p = .000 ***	r = .050 n = 177 p > .05 n. s.

* p ≤ .05

** p ≤ .01

*** p ≤ .001

n.s. = no significativo

7.3 Análisis Comparativos

Se llevaron a cabo análisis de varianza de un solo factor para Bienestar Psicológico (Tabla 2), Bienestar Hedónico (Tabla 3) y Bienestar Eudaimónico (Tabla 4).

Así para el caso de Bienestar Psicológico (Tabla 2), se encontró una diferencia estadísticamente significativa, dependiendo si su Calidad de Vida era mala, regular, buena y muy buena ($F_{(3,148)} = 24.64, p = .000$), donde la puntuación promedio más alta de Bienestar Psicológico fue para los ancianos con “Muy Buena Calidad de Vida” ($M = 79.19, D.E. = 9.46$) y la puntuación más baja de Bienestar Psicológico fue para “Mala Calidad de Vida” ($M = 60.51, D.E. = 4.99$). Asimismo, el comportamiento que siguió la dimensión de la calidad de vida, Habilidad Sensorial, también se observa en la tabla 2, donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa, para cada factor que se agrupó dependiendo del nivel de Habilidad Sensorial, ¿Cómo es su habilidad sensorial en general? ($F_{(3,160)} = 5.29, p = .002$), ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para realizar actividades cotidianas? ($F_{(4,159)} = 3.02, p = .019$), ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para relacionarse con las personas? ($F_{(4,161)} = 5.08, p = .001$), y ¿Cómo es su funcionamiento sensorial? ($F_{(4,161)} = 4.74, p = .001$), en

donde se aprecia que la puntuación promedio más alta de Bienestar Psicológico fue para aquellos participantes que reportaron tener “Muy Buena/o”, y “Completamente” Habilidad Sensorial. En cuanto a la dimensión de Temor a la Muerte, se encontró en las puntuaciones de Bienestar Psicológico, diferencia estadística y significativa, que se subdividió en “Temor a la muerte en general” ($F_{(2,160)} = 4.36, p = .014$), “Preocupación por la manera de morir” ($F_{(2,162)} = 8.85, p = .000$), y “Miedo de no controlar su propia muerte” ($F_{(2,162)} = 4.82, p = .009$); en donde fue más alto el bienestar Psicológico en los participantes cuyo temor a la muerte fue “Poco” o “Nada”.

Tabla 2. Comparación de medias del Bienestar Psicológico, dependiendo del nivel de Calidad de vida, así como de las dimensiones y reactivos de Habilidad sensorial y Temor a morir.

Variable		n	\bar{X}	D.E.	F	g.l.	p
Calidad de vida total	MALA	22	60.51	4.99	24.64	3, 148	.000***
	REGULAR	48	65.21	10.01			
	BUENA	52	70.33	7.85			
	MUY BUENA	30	79.19	9.46			
Habilidad sensorial ¿Cómo es su habilidad sensorial?	MALA	27	65.56	8.11	5.29	3, 160	.002**
	REGULAR	44	66.74	9.22			
	BUENA	67	71.05	11.59			
	MUY BUENA	26	74.93	10.28			
Habilidad sensorial R2 ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para realizar actividades cotidianas?	UN POCO	25	66.01	8.8	3.02	4, 159	.019**
	REGULAR	43	66.47	9.66			
	BASTANTE	35	71.47	11.59			
	COMPLETAMENTE	59	72.35	10.9			
Habilidad sensorial R10 ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para relacionarse con otras personas?	UN POCO	18	64.58	10.03	5.08	4, 161	.001***
	REGULAR	36	65.84	8.45			
	BASTANTE	25	67.07	8.62			
	COMPLETAMENTE	84	72.97	11.08			
Habilidad sensorial R20 ¿Cómo es su funcionamiento sensorial?	MUY MALO-MALO	10	66.2	10.11	4.74	4, 161	.001***
	REGULAR	73	66.43	9.76			
	BUENO	68	72.27	9.64			
	MUY BUENO	15	75.11	14.06			
Temor a morir general	MUCHO	26	64.89	9.26	4.36	2, 160	.014**
	REGULAR	26	67.35	12.27			
	POCO	111	71	10			
Temor a morir R6 Preocupación por la manera de morir	COMPLETAMENTE-BASTANTE	13	59.17	9.83	8.85	2, 162	.000***
	UN POCO-REGULAR	32	67.91	8.8			
	NADA	120	71.23	10.5			
Temor a morir R7 Miedo de no controlar la muerte	COMPLETAMENTE-BASTANTE	8	65.58	9.5	4.82	2, 162	.009**
	UN POCO-REGULAR	34	65.67	9.79			
	NADA	123	70.86	10.38			

En relación al comportamiento del Bienestar Hedónico (Tabla 3), se observa una diferencia estadísticamente significativa, dependiendo si su calidad de vida era mala, regular, buena y muy buena ($F_{(3,154)} = 27.52, p = .000$), donde la puntuación promedio más alta de Bienestar Hedónico fue para los ancianos con “Muy Buena Calidad de Vida” ($M = 79.03, D.E. = 9.26$) y la puntuación más baja de Bienestar Hedónico fue para “Mala Calidad de Vida” ($M = 58.49, D.E. = 6.44$). El comportamiento que siguió la dimensión de la calidad de vida, Habilidad Sensorial, se observa en la tabla 3, donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa, para cada factor que se agrupó dependiendo del nivel de Habilidad Sensorial, ¿Cómo es su habilidad sensorial en general? ($F_{(3,166)} = 4.85, p = .003$), ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para realizar actividades cotidianas? ($F_{(4,165)} = 2.71, p = .032$), ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para relacionarse con las personas? ($F_{(4,167)} = 4.59, p = .002$), y ¿Cómo es su funcionamiento sensorial? ($F_{(3,168)} = 3.83, p = .011$), en donde se aprecia que la puntuación promedio más alta de Bienestar Hedónico fue para aquellos participantes que reportaron tener “Muy Buena/o”, y “Completamente” Habilidad Sensorial. De manera similar para la dimensión de Temor a la Muerte, se encontró en las puntuaciones de Bienestar Hedónico, diferencia estadística y significativa, que se subdividió en “Temor a la muerte en general” ($F_{(2,166)} = 7.66, p = .001$), “Preocupación por la manera de morir” ($F_{(2,168)} = 11.83, p = .000$), “Miedo de no controlar su propia muerte” ($F_{(2,168)} = 7.83, p = .001$) y “Cuanto le asusta morir” ($F_{(2,168)} = 4.37, p = .014$), en donde fue más alto el bienestar Psicológico en los participantes cuyo temor a la muerte fue “Poco” o “Nada”.

Tabla 3. Comparación de medias del Bienestar Hedónico, dependiendo del nivel de Calidad de vida, así como de las dimensiones y reactivos de Habilidad sensorial y Temor a morir.

Variable		n	\bar{X}	D.E.	F	g.l.	p
Calidad de vida total	MALA	22	58.49	6.44	27.52	3,154	.000***
	REGULAR	49	63.28	11.21			
	BUENA	56	69.54	8.03			
	MUY BUENA	31	79.03	9.26			
Habilidad sensorial ¿Cómo es su habilidad sensorial?	MALA	28	63.51	8.88	4.85	3,166	.003**
	REGULAR	45	66.08	10.21			
	BUENA	71	70.31	12.58			
	MUY BUENA	26	73.4	10.7			
Habilidad sensorial R2 ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para realizar actividades cotidianas?	UN POCO	26	64.31	9.26	2.71	4,165	.032*
	REGULAR	44	65.76	10.59			
	BASTANTE	37	70.85	12.14			
	COMPLETAMENTE	61	71.03	12.12			
Habilidad sensorial R10 ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para relacionarse con otras personas?	UN POCO	19	62.26	12.27	4.59	4,167	.002**
	REGULAR	36	65.51	8.82			
	BASTANTE	27	66.32	10.22			
	COMPLETAMENTE	87	71.94	11.75			
Habilidad sensorial R20 ¿Cómo es su funcionamiento sensorial?	MUY MALO-MALO	11	64.82	11.3	3.83	3,168	.011**
	REGULAR	77	65.87	10.8			
	BUENO	69	71.3	10.7			
	MUY BUENO	15	72.35	14.95			
Temor a morir total	MUCHO	26	61.83	9.8	7.66	2,166	.001***
	REGULAR	27	65.58	13.14			
	POCO	116	70.42	10.5			
Temor a morir R6 Preocupación por la manera de morir	COMPLETAMENTE-BASTANTE	13	55.97	8.53	11.83	2,168	.000***
	UN POCO-REGULAR	33	65.99	10.2			
	NADA	125	70.56	11.18			
Temor a morir R7 Miedo de no controlar la muerte	COMPLETAMENTE-BASTANTE	8	62.01	8.39	7.83	2,168	.001***
	UN POCO-REGULAR	35	62.87	11.07			
	NADA	128	70.26	10.88			
Temor a morir R8 ¿Cuánto le asusta morir?	COMPLETAMENTE-BASTANTE	8	59.51	6.74	4.37	2,168	.014**
	UN POCO-REGULAR	27	65.27	12.84			
	NADA	136	69.66	11.12			

En cuanto al comportamiento del Bienestar Eudaimónico (Tabla 4), se aprecia una diferencia estadísticamente significativa, dependiendo si su calidad de vida era mala, regular, buena y muy buena ($F_{(3,160)} = 10.57, p = .000$), donde la puntuación promedio más alta de Bienestar Eudaimónico fue para los ancianos con “Muy Buena Calidad de Vida” ($M = 80.19, D.E. = 10.48$) y la puntuación más baja de Bienestar Eudaimónico fue para “Mala Calidad de Vida” ($M = 65.35, D. E. = 8.71$). El comportamiento que siguió la dimensión de la calidad de vida, Habilidad Sensorial, se muestra en la tabla 4, donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa, para cada factor que se agrupó dependiendo del nivel de Habilidad Sensorial, ¿Cómo es su habilidad sensorial en general? ($F_{(3,174)} = 4.28, p = .006$), ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para realizar actividades cotidianas? ($F_{(4,173)} = 2.7, p = .032$), ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para relacionarse con las personas? ($F_{(4,175)} = 4.94, p = .001$), y ¿Cómo es su funcionamiento sensorial? ($F_{(3,176)} = 7.68, p = .000$), en donde se aprecia que la puntuación promedio más alta de Bienestar Eudaimónico fue para aquellos participantes que reportaron tener “Muy Buena/o”, y “Completamente” Habilidad Sensorial.

Tabla 4. Comparación de medias del Bienestar Eudaimónico, dependiendo del nivel de Calidad de Vida, así como de las dimensiones y reactivos de Habilidad Sensorial.

Variable		n	\bar{X}	D.E.	F	g.l.	p
Calidad de vida total	MALA	25	65.35	8.71	10.57	3,160	.000***
	REGULAR	53	69.84	11.9			
	BUENA	55	72.81	9.32			
	MUY BUENA	31	80.19	10.48			
Habilidad sensorial ¿Cómo es su habilidad sensorial?	MALA	29	70.61	9.81	4.28	3,174	.006**
	REGULAR	49	68.75	11.1			
	BUENA	72	73.29	11.58			
	MUY BUENA	28	77.74	11.34			
Habilidad sensorial R2 ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para realizar actividades cotidianas?	UN POCO	26	70.05	10.25	2.7	4,173	.032*
	REGULAR	49	68.82	11.7			
	BASTANTE	38	73.11	12.09			
	COMPLETAMENTE	63	75.43	10.77			
Habilidad sensorial R10 ¿Cuánta habilidad sensorial tiene para relacionarse con otras personas?	UN POCO	18	70.68	8.59	4.94	4,175	.001***
	REGULAR	42	67.03	10.26			
	BASTANTE	26	70.23	8.93			
	COMPLETAMENTE	91	75.28	11.83			
Habilidad sensorial R20 ¿Cómo es su funcionamiento sensorial?	MUYMALO-MALO	10	71.07	10.32	7.68	3,176	.000***
	REGULAR	82	68.81	10.85			
	BUENO	71	74.21	10.35			
	MUY BUENO	17	81.44	12.64			

Finalmente se muestran las puntuaciones promedio obtenidas del Bienestar Psicológico, Bienestar Hedónico y Bienestar Eudaimónico, al comparar la percepción de salud (si está o no enfermo), y las variables sociodemográficas, género (hombre y mujer), grupo de edad (≤ 74 años, > 74 años), y estado civil (solteros-viudos-separados, casados-unión libre-pareja y viudos).

Referente a la variable edad, se comparó adultos mayores jóvenes menores a 74 años, con adultos mayores por arriba o igual a 74 años de edad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, para el Bienestar Psicológico ($t = 3.23$, g.l. = 164, $p = .001$), bienestar hedónico ($t = .002$, g.l. = 170, $p = .006$), y bienestar eudaimónico ($t = 4.06$, g.l. =

178, $p = .000$); siendo para todos los casos, mayor el nivel de bienestar para los adultos mayores jóvenes, por debajo de 74 años de edad, véase figura 1.

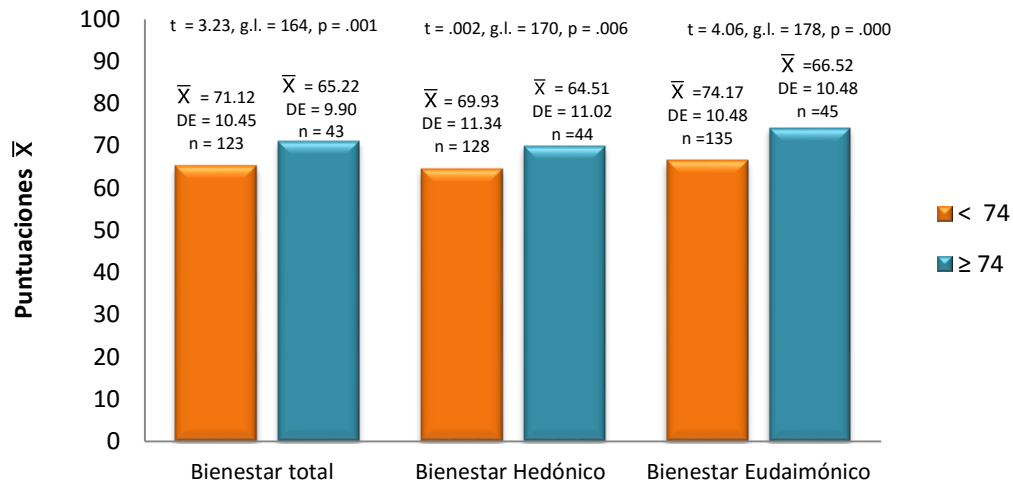


Figura 1. Comparación de Puntuaciones Medias del Bienestar Psicológico, Hedónico y Eudaimónico, dependiendo del grupo de adultos mayores jóvenes, menores o igual a 74 años (≤ 74) o adultos mayores por arriba o igual a 75 años de edad (≥ 74)

En la figura 2, se aprecia que al comparar a los participantes que reportaron estar o no enfermos, si hubo diferencia estadística para la variable bienestar eudaimónico ($t = 2.39$, g.l. = 117, $p = .018$), observándose un nivel más alto en el bienestar para aquellos que reportaron no estar enfermos.

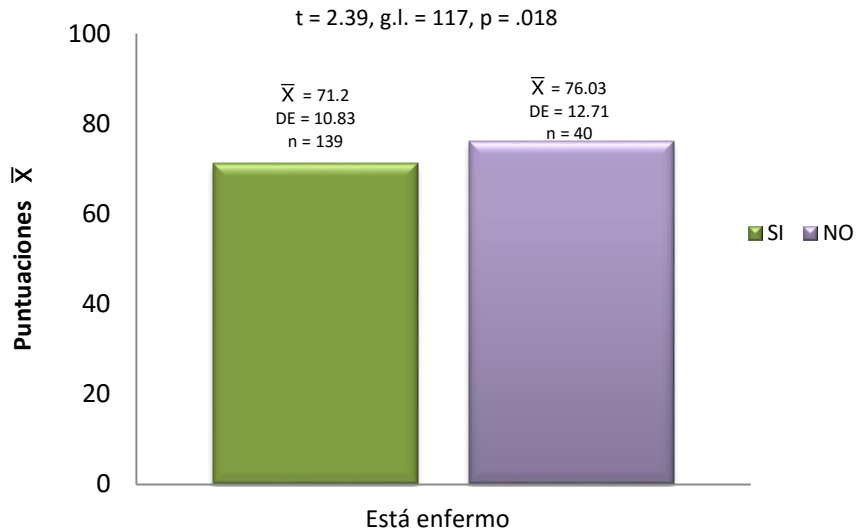


Figura 2. Comparación de Puntuaciones Medias del Bienestar Eudaimónico, dependiendo del grupo de si está o no enfermo.

Al comparar el nivel de bienestar, de acuerdo al estado civil, los adultos mayores que reportaron estar Solteros-Divorciados-Separados, o estar Casados-Unión libre-Con pareja; o encontrarse Viudos; sólo hubo diferencia estadística entre los tres grupos dependiendo del estado civil para el bienestar hedónico ($F_{(2,166)} = 3.46, p = .033$), siendo mayor el nivel para aquellos que se encuentran Solteros-Divorciados-Separados.

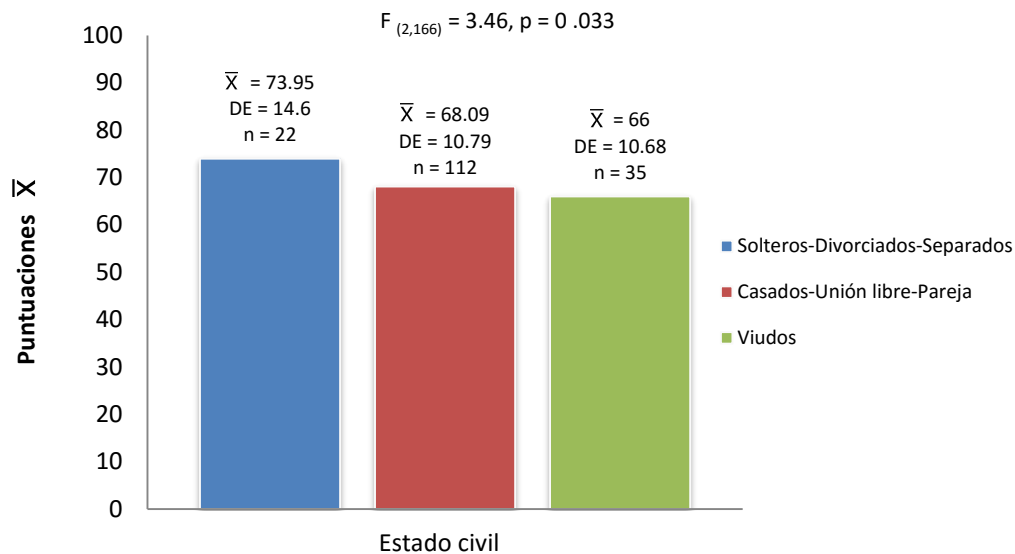


Figura 3. Comparación de Puntuaciones Medias del Bienestar Hedónico, dependiendo del grupo de estado civil, Solteros-Divorciados-Separados, o estar Casados-Unión libre-Con pareja; o encontrarse Viudos

En cuanto a la variable Bienestar Psicológico, y las medidas sociodemográficas, no hubo suficiente evidencia estadística al comparar por género, donde las mujeres mostraron menor bienestar Psicológico (n = 111, Media = 68.89, DE = 10.83) y los hombres mayor bienestar ((n = 55, Media = 71.01, DE = 10.09); asimismo al comparar los participantes que reportaron estar enfermos, donde la puntuación de bienestar Psicológico fue menor (n = 126, Media = 68.83, DE = 10.2), en contraste con los participantes que reportaron estar no enfermos (n = 39, Media = 71.9, DE = 11.73); de la misma forma al comparar el estado civil reportado por los participantes; estar Solteros-Divorciados-Separados, (n = 20, Media = 73.82, DE = 13.51); estar Casados-Unión libre-Con pareja, (n = 109, Media = 69.44, DE = 10.10); o encontrarse Viudos (n = 34, Media = 66.93, DE = 9.71), siendo así el nivel de bienestar más bajo para los adultos mayores viudos.

Referente a la variable Bienestar Hedónico, y las medidas sociodemográficas, no hubo suficiente evidencia estadística al comparar por género, donde las mujeres mostraron menor bienestar psicológico (n = 115, Media = 67.81, DE = 11.81) y los hombres mayor bienestar ((n = 57, Media = 70.02, DE = 10.7); asimismo al comparar los participantes que reportaron estar enfermos, donde la puntuación de bienestar psicológico fue menor (n = 131, Media =

68.10, DE = 11.24), en contraste con los participantes que reportaron estar no enfermos (n = 40, Media = 69.75, DE = 12.29).

Finalmente al comparar la variable bienestar eudaimónico y las variables sociodemográficas, no hubo suficiente evidencia estadística al comparar por género, donde las mujeres mostraron menor bienestar psicológico (n = 120, Media = 71.62, DE = 11.4) y los hombres mayor bienestar (n = 60, Media = 73.53, DE = 11.36); asimismo al comparar el estado civil reportado por los participantes; estar Solteros-Divorciados-Separados, (n = 23, Media = 74.38, DE = 12.03); estar Casados-Unión libre-Con pareja, (n = 116, Media = 72.53, DE = 11.38); o encontrarse Viudos (n = 38, Media = 69.55, DE = 10.79), siendo así el nivel de bienestar más bajo para los adultos mayores viudos.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó con la finalidad de probar el efecto de variables asociadas al proceso de salud-enfermedad (calidad de vida, pérdida del funcionamiento de la capacidad sensorial, preocupación de morir y percepción de salud), además de algunas variables sociodemográficas (género, edad, estado civil), sobre el bienestar psicológico (hedónico y eudaimónico), de adultos mayores pertenecientes a una clínica de salud del estado de México.

Lo cual permitió concluir que la edad es un factor determinante del bienestar psicológico, bienestar hedónico y bienestar eudaimónico, donde a menor edad, mayor nivel de bienestar, mientras que a mayor edad, menor nivel de bienestar, siempre considerando que los grupos de menor edad, son adultos mayores jóvenes de 60 a 74 años de edad, y los adultos de mayor edad, son adultos mayores mayores de 75 años o más; contrastando los resultados con los reportados por Mroczek y Kolarz (1998), quienes llegaron a la conclusión de que el afecto negativo (infelicidad) es más alto entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores, sin embargo, en el estudio se compararon adultos jóvenes, no adultos mayores, por lo que posiblemente, la diferencia entre los resultados, sea el grupo de edad con el que se compara.

Por otro lado, se destaca en otros estudios (Ormel, Kempen, Deg, Brilman, Van Sonderen & Relyveld, 1998; Fernández-Ballesteros, 1999), que a medida que envejecen las personas se sienten más insatisfechas coincidiendo con los resultados de la presente investigación. Lo cual sugiere que la búsqueda por un mejoramiento del bienestar en edades avanzadas, debe tomar en cuenta las necesidades, preferencias, habilidades y capacidades de los adultos mayores, para que con ello, se brinden oportunidades para disfrutar de un bienestar; para lo cual es importante que se generen programas de intervención donde se promueva que los adultos mayores puedan adaptarse y tener mayor bienestar, pese a los cambios que se suscitan en la vejez, lo cual coincide con lo señalado por Paul Baltes y Margaret Baltes (Baltes, M., 1998; Baltes, P., 1997; Baltes, P. & Baltes, M., 1993; Baltes, P. & Smith, 2003), al postular que al envejecer se requieren de modificaciones y adaptaciones en los procesos evolutivos, siendo fundamental promover la selección, como la elección de objetivos (estados que la gente busca obtener o mantener), la optimización, como el uso de

medios o recursos específicos para obtener los objetivos seleccionados, y finalmente, la compensación, es decir el uso de medios o recursos para lograr objetivos que se han perdido o están en declive.

En cuanto al estado civil, es posible afirmar que si influye en el bienestar hedónico, el cual refiere a la experiencia subjetiva de felicidad que surge como resultado de un balance global entre las situaciones de placer y de displacer, entre los buenos y los malos elementos de la vida, encontrándose que los adultos mayores solteros tienen mayor bienestar hedónico, en contraste con los trabajos de Wood, Rhodes y Whelan (1989), Acock y Hurlbert (1993) o Triadó (2003), Stack (1998) y Gary Becker (2000), quienes encontraron que existe una estrecha correlación entre estar casado y reportarse como felices, argumentando que el matrimonio protege a los adultos mayores de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se suscitan en la vejez. La diferencia de resultados, podría argumentarse al considerar que en la sociedad mexicana, culturalmente se impone en la mujer el rol de cuidadora, siendo alto el desgaste físico y emocional, ante las diversas labores que realiza estando en unión libre o casada, lo cual resulta diferente al ser soltera, coincidiendo con Liberalesso (2002), al mencionar que las mujeres que viven solas no se sienten aisladas, ni en soledad, consideran que vivir solas es una contingencia del ciclo de vida individual, que los amigos son más efectivos que los parientes, y que sus relaciones recientes son más relevantes que las antiguas. Por otro lado, en la presente investigación, los adultos mayores viudos, reportaron menor bienestar hedónico, lo cual concuerda con diversas investigaciones que señalan que la viudez tiene un fuerte impacto en la vida de las personas, ya que no solo se enfrentan a su propio envejecimiento, con las consecuencias que conlleva este proceso, una serie de deterioros y pérdidas; sino también a la pérdida de la pareja; encontrándose mayor probabilidad de enfermedad y muerte en las personas viudas, Veenhoven (1997) mostró que en la mayoría de los países, divorciados y viudos son particularmente infelices, por otra parte, en la investigación realizada por Myers y Diener (1997) confirman que las personas casadas, sin importar el sexo, son más felices que las personas solteras, divorciadas o viudas), no obstante, los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales en España (2006), mencionan que la viudez en las mujeres, parece tener un efecto menos negativo para éstas, en comparación con los varones viudos.

Referente a la percepción del estado de salud, estar enfermo o no, se ubicó que tiene influencia en el bienestar eudaimónico, el cual se centra en el desarrollo personal, en las formas de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo de las personas por conseguir sus metas, así como también en las valoraciones que hacen de sus circunstancias y de su funcionamiento dentro de la sociedad, de tal forma que los adultos mayores que reportaron estar enfermos, mostraron menor bienestar eudaimónico, mientras que los no enfermos, mayor nivel de bienestar eudaimónico. Este hallazgo se sustenta con lo mencionado en la literatura (Vázquez & Castilla, 2007) quienes señalaron que este tipo de bienestar suele tener una relación más consistente con la salud física que las medidas de bienestar hedónico; por otra parte, el grupo de la norteamericana Carol Ryff encontraron que aquellas personas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal, y mejores relaciones interpersonales presentaban menor riesgo cardiovascular, mientras que Fredrickson (2009), quien reconoció que el bienestar eudaimónico funge como un amortiguador (*buffer*) o factor protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas. Así, los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. De ahí la importancia de promover espacios en los que los adultos mayores puedan llevar a cabo actividades que les produzcan placer y satisfacción, así como valorar sus propias competencias y habilidades, además de sentirse útiles para la sociedad.

Concerniente a la dimensión habilidad sensorial de calidad de vida, que integra la percepción sobre cómo y cuánto del deterioro en la habilidad sensorial, le impide realizar actividades cotidianas y relacionarse con otras personas, se encontró que influye tanto en el bienestar psicológico, bienestar hedónico y bienestar eudaimónico, encontrándose que, a menor deterioro en la habilidad sensorial, mayor nivel de bienestar. Lo cual cobra gran sentido al considerar que la pérdida del funcionamiento sensorial tiene más peso que la enfermedad crónica en el sentido de que al adulto mayor no le preocupa estar enfermo, le inquieta no ser funcional para realizar sus actividades cotidianas, coincidiendo con los estudios de Johansen et al., (2003) y DeVore, (1992), que señalan que el deterioro fisiológico, tiene impacto en el bienestar de los adultos mayores. Lo cual tiene trascendencia en el proceso de deterioro que se da en la vejez, como una limitación para disfrutar de la vida y

contar aún con expectativas. Por lo que en el modelo de envejecimiento exitoso, se rescata, que pese a las limitaciones que se presentan en la etapa de la adultez mayor, gracias al modelo explicativo SOC, las limitaciones impuestas por la edad, como por ejemplo la pérdida en las habilidades sensoriales, pueden ser compensadas por el uso de anteojos, bastón, andaderas, aparatos auditivos, entre otros; de hecho se han realizado investigaciones en donde se encuentra que los adultos mayores que hacen uso de estas estrategias “compensatorias” ante las pérdidas, son capaces de disfrutar de la vejez. Disminuir las debilidades y maximizar las ganancias que se dan en la vejez. Por lo que es importante trabajar con este sector de la población en dotarles de estrategias para afrontar el proceso del envejecimiento (Baltes, M., 1998; Baltes, P., 1997; Baltes, P. & Baltes, M., 1993; Baltes, P. & Smith, 2003).

Finalmente, la dimensión de temor a la muerte, es decir, la preocupación por la manera de morir, el miedo de no controlar la muerte, independientemente de si existe o no, ya sea mucho o poco, resultó indistinto del bienestar eudaimónico, es decir, del tener crecimiento personal, establecimiento de metas y propósito en la vida. Lo cual se opone a lo mencionado por investigaciones en diversas poblaciones, (Abengózar, Bueno, & Vega 1999), adultos jóvenes (Ray & Najman, 1974; Hoelter, 1979; Florian & Kravetz, 1983; Abengózar et al., 1999), adultos mayores (Serra & Abengózar, 1990; Clements, 1998; Catt et al., 2005; Ardel & Koenig, 2006), donde los resultados permiten confirmar que en diferentes edades los individuos perciben la muerte como algo irrevocable y no temible, siempre y cuando se conserven proyectos de vida personales y vínculos sociales activos. En cuanto al bienestar psicológico y bienestar hedónico, mostró tener influencia, ya que las personas con poco temor a la muerte, obtuvieron mayor nivel de bienestar psicológico y hedónico, coincidiendo con Fortner y Nermeyer (1999) y Álvarez, L. & Flórez Z. (2007) al ubicar que el temor hacia la muerte, hace que el bienestar psicológico se vea comprometido en mayor o menor medida por estados de temor o ansiedad.

9. RECOMENDACIONES

Es fundamental que, pese al declive fisiológico, social y cognitivo de los adultos mayores, se promueva el envejecimiento exitoso, a manera de que se rompa la lógica de que el envejecimiento es un proceso que sólo implica debilidad y dolor. De tal forma que pese a la enfermedad y al deterioro, los adultos mayores puedan efectuar o aprender nuevas actividades, atravesando este proceso con calidad y bienestar, promoviendo un envejecimiento exitoso, por ello se recomiendan las siguientes acciones.

Políticas públicas

Es fundamental que las instituciones correspondientes consideren el creciente número de adultos mayores y no sólo en cuestiones de la eliminación o control de la enfermedad, sino fundamentalmente la mejora de su bienestar, para ello deberán elaborarse políticas públicas que vayan más allá de considerar a los adultos mayores como beneficiarios de políticas asistenciales, de tal forma que se aterricen programas de promoción, servicios de prevención y diagnóstico que contribuyan a tener un envejecimiento saludable y activo desde etapas tempranas, a decir mejor, mucho antes de que inicie la vejez, ya que el deterioro acumulado en los adultos mayores impide que tengan un propósito en la vida. Asimismo, es relevante que las autoridades correspondientes pese al declive inevitable de la vejez, promuevan la autonomía, participación y equidad de los adultos mayores, para ello no deberán fomentar la pérdida de funcionalidad, la incapacidad e independencia, siendo así, fundamental que diseñen y generen espacios adecuados a sus características y demandas, de tal forma que sigan desarrollando sus potencialidades, rescatando las actividades que aún pueden realizar, y a su vez, aprendiendo y disfrutando de realizar nuevas actividades.

Acciones dirigidas a los Psicólogos

En lo que concierne a los psicólogos en este campo, es esencial que conozcan el funcionamiento humano de esta etapa, diseñen herramientas científicamente validadas y propongan intervenciones que promuevan el bienestar psicológico de los

adultos mayores. De tal forma, que determinen y planeen intervenciones que puedan transmitir mensajes que enseñen a los adultos mayores a ajustarse a los cambios que se suscitan en esta etapa, a fomentar el autocuidado de la salud, a establecer redes de apoyo como componente importante en el bienestar, a disminuir la preocupación por morir, y sobre todo a que conozcan sus potencialidades y desarrollen otras, así el adulto mayor estará dispuesto a aprender nuevas actividades y no se percibirá como una persona enferma, dependiente e incapacitada, que ya no tiene más que hacer en la vida porque ya llegó a la vejez. A su vez los psicólogos también deben de realizar intervenciones que permitan al adulto mayor conocer y aplicar nuevas estrategias de regulación emocional, tener metas y propósitos en la vida, así como un mayor nivel de autoestima, y fortalecer sus relaciones interpersonales. Paralelo a ello, es importante que participen en la elaboración de programas que permitan sensibilizar a la sociedad y combatir el estigma sobre el uso de aparatos que compensan la pérdida del funcionamiento sensorial, finalmente, es relevante que colaboren en la capacitación y atención continua de los profesionales de salud y cuidadores tanto formales como informales, encargados del cuidado de las personas mayores.

Futuras investigaciones

Se recomienda que se continúe la línea de investigación en la vejez, sobre todo en cuestiones positivas, como lo es el bienestar, la felicidad, la generatividad, etc., por otra parte sería importante que en futuras investigaciones se considere que el número de mujeres y hombres dentro de la muestra sea equivalente, a manera de indagar si existen diferencias significativas en lo que concierne a la variable sociodemográfica género, asimismo, se utilice una escala más amplia que indague a mayor profundidad el temor y la preocupación por morir, obteniendo así, resultados que permitan generar intervenciones enfocadas a dotar de herramientas al adulto mayor para que se adapte a esta etapa, disminuya su temor a morir y culmine satisfactoriamente sus últimos años de vida.

10. REFERENCIAS

Abengoza, M. C., Bueno, B. y Vega, J. L. (1999). Intervention on attitudes toward death along the life span. *Educational Gerontology*. Vol. 25, no. 5, pp. 435-448.

Aguerre, C., y Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica*. Vol. 22, no. 2, pp. 1146-1162.

Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Ed.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.

Ardalan, A., Mazaheri, M., Vanrooyen, M., Mowafi, H., Nedjat, S., Naieni, K. y Russel, M. (2011). Post-disaster quality of life among older survivors five years after the Bam earthquake: implications for recovery policy. *Ageing & Society*. Vol. 31, pp. 179-196.

Ardelt, M. y Koenig, C. (2006). The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging*. Vol. 28, pp. 184-215.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 35, no. 2, pp. 161-164.

Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza.

Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. y García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*. Vol. 12, no. 2, pp. 314-319.

Azpiazu, M., Jentoft, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N., & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 76, no. 6, pp. 683-699.

Baltes, M. M. (1998). The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*. Vol. 11, no. 4, pp. 411-415.

Baltes, P. B. (1973). Strategies for psychological intervention in old age. *The Gerontologist*. Vol. 13, no. 1, pp. 4-6.

Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1993). *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Nueva York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B. y Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*. Vol. 49, no. 2, pp. 123-135.

Bernier, L. (2004). Muerte y Duelo en el Niño. *Revista Pediátrica Electrónica*. Vol. 1, no. 1, pp. 21-24.

Blanchflower, D. y A. Oswald (2000). Well-being over time in Britain and the USA. National Bureau of Economic Research, Working Papers. No. 7487. Pp. 1-38.

Blanchflower, D. y Oswald, A. (2007). What Makes a Young Entrepreneur? *IZA*. No. 3139.

Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*. Vol. 17, no. 4, pp. 580-587.

Cabañero, M., Richart, M., Cabrero, J., Orts, M., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*. Vol. 16, no. 3, pp. 448-455.

Catt, S., Blanchard, M., Addington-Hall, J., Zis, M., Blizard, R., y King, M. (2005). Older adults attitudes to death, palliative treatment and hospice care. *Palliative Medicine*. Vol. 19, no.5, pp. 402-410.

Censo de Población y Vivienda (2010). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2014.

Chan, S., Chiu, H., Chien, W., Goggins, W., Thompson, D. y Hong, B. (2009). Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics*. Vol. 21, no. 6, pp. 1171-1179.

Cicirelli, V. (2003). Older adults fear and acceptance of death: A transition model. *Ageing International*. Vol. 28, no.1, pp. 66-81.

Cid, A., D. Ferres y M. Rossi (2007). Testing happiness hypothesis among the elderly. Working Paper unpublished. Vol. 27, no. 48, pp. 23-45.

Clements, R. (1998). Intrinsic Religious Motivation and Attitudes toward death among the Elderly. *Current Psychology*. Vol. 17, no. 2/3, pp. 237-248.

Cohen, S., Alper, C., Doyle, W., Treanor, J., y Turner, R. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic medicine*. Vol. 68, no. 6, pp. 809-815.

Consejo Nacional de Población (2014). Proyecciones de la población por municipios y localidades. Disponible en línea:http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos (Consultado el 21 de septiembre de 2015).

Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 9, no. 1, pp. 1-11.

DeVore P. (1992). Prevalence of olfactory dysfunction, hearing deficit, and cognitive dysfunction among elderly patients in a suburban family practice. *South Med J*. Vol. 85, no. 9, pp. 894-896.

Diaz, D., Rodriguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jimenez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*. Vol. 18, no. 3, pp. 572-577.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. Vol. 55, no 1, pp. 34-43.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*. Vol. 125, no. 2, pp. 276-302.

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

Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Ed.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F.C.E.

Fernández-Ballesteros R (2008). El bienestar de los mayores. En C. Vázquez y G. Hervás (Ed.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 371-402) Bilbao: Desclée de Brouwer.

Espinoza B., Salinas A., Moreno K. y Téllez M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*. Vol. 53, no. 1, pp. 26-33

Falkenhain, M. y Handal, P. J. (2003). Religion, death, attitudes and belief in after life in the Elderly: untangling the relationships. *Journal of Religion and Health*. Vol. 42, no. 1, pp. 267-274.

Fernández, N., Clúa, A., Báez, R. y Ramírez, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*. Vol. 16, no.1, pp. 6-12.

Fernández-Ballesteros R (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Florian, V. y Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: attributions, structures and relation to religious belief. *Journal of personality and social Psychology*. Vol. 44, no. 3, pp. 600-607

Fortner, B. y Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Stud.* Vol. 23, no. 5, pp. 387-411.

Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown.

Gable, S. y Haidt, J. (2005). What (and why) is positive Psychology? Review of general Psychology. Vol. 9, no.2, pp. 103-110.

Gallegos, C. K., García, P. C., Durán, M. C., Reyes, H. y Durán, A. L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Revista de Saúde Pública.* Vol. 40, no. 5, pp. 792-801.

Garduño, L., Salinas, B. y Rojas, M. (2008). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdez.

González, U., Grau, J. y Amarillo, M. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En J. R. Acosta (Ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana* (pp. 279-859). La Habana: Centro "F. Varela".

González-Celis, A. y Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health.* Vol. 5, no. 12A, pp. 110-116.

González-Celis, A. (2002). Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis de Doctorado en psicología no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

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

Guadarrama, R., Hernández, J. C., Márquez, O. y Veytia, M. (2014). Significado psicológico del concepto calidad de vida en adolescentes mexicanos. *Pensando Psicología.* Vol. 10, no. 17, pp. 53-60.

Hoelter, J. (1979). Multidimensional treatment of the fear of the death. *Journal of consulting and clinical psychology.* Vol. 47, no. 5, pp. 996-999.

Horn, J. y Meer, J. (1987). The vintage years. *Psychology Today.* Vol. 21, no. 5, pp. 76-90.

Johansen, A., White, S. y Waraisch, P. (2003). Screening for visual impairment in older people: validation of the cardiff acuity test. *Arch Gerontol Geriatr.* Vol. 36, no. 3, pp. 289-293.

Kinsella, K. y Phillips, D. (2005) The Challenge of Success. *Global Aging.* Vol. 1, no. 60, pp. 3-49.

Hawton, A., Green, C., Dickens, A., Richards, S., Taylor, R., Edwards, R., Greaves, C. y Campbell, J. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*. Vol. 20, pp. 57-67.

Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 82, pp. 1007-1022

Kline, D. y Scialfa C. (1996). Visual and auditory aging. En J. Birren y K. Warner (Ed.), *Handbook of the psychology of aging* (pp 181-203) San Diego: Academic Press.

Kvamme, J., Olsen, J., Florholmen, J. y Jacobsen, B. (2011). Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: the tromso study. *Quality of Life Research*. Vol. 20, no. 4, pp. 575-582.

Labiano M. (2002). Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.2-21). México: Thomson.

Lasisi, A. y Gureje, O. (2010). Disability and quality of life among community elderly with dizziness: report from the ibadan study of ageing. *The Journal of Laryngology & Otology*. Vol. 124, no. 9, pp. 957-962.

Leff, E. (1995). Notas breves sobre calidad de vida y racionalidad ambiental. En M. Daltabuit, J. Mejía y L. Álvarez (Ed.), *Calidad de vida, salud y ambiente*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

Lester, D. y Templer, D. (1993). Death anxiety scales: a dialogue. *Omega*, Vol. 26, no. 4, pp. 239-253.

Levinas, E. (2000). *Dios, la muerte y el tiempo*. Madrid: Altaya.

Liberalesso, N. A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 34, no. 1/2, pp. 55-74.

Mella, R., González, L., D' Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*. Vol. 13, no. 1, pp. 79-89.

Mroczek, D. y Kolarz, C. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 75, no. 5, pp. 1333-1349.

Ormel, J., Kempen, G., Degg, D., Brilman, E., Van Sonderen, E. y Relyveld, J. (1998). Functioning, well-being, and health perception in later middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *Journal of American Geriatric Society*. Vol. 46, no. 1, pp. 39-48.

Myers, D. y Diener, E. (1997). The pursuit of happiness. *Scientific American*. Vol. 7, no. 1, pp. 54-56.

Naglie, G., Hogan, D., Krahn, M., Beattie, L., Black, S., MacKnight, C., Freedman, M., Patterson, Ch., Borrie, M., Bergman, H., Byszewski, A., Streiner, D., Irvine, J., Ritvo, P., Comrie, J., Kowgier, M. y Tomlison, G. (2011). Predictor of patient self-ratings of quality of life in Alzheimer disease: cross-sectional results from the canadian alzheimer's disease quality of life study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 19, no. 10, pp. 881-890.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J. y Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*. Vol. 28, no. 4, pp. 309-340

Organización Mundial de la Salud (2000). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Washington: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Documentos básicos*. Ginebra: OMS.

Peiró, A. (2004). Condiciones socioeconómicas y felicidad de los españoles. *ICE*. No. 816, pp. 179-194.

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*. Vol. 14, no. 10, pp. 2197-2214.

Ray, J. y Najman, J. (1974). Death anxiety and death acceptance: a preliminary approach. *Omega*. Vol. 5, no. 4, pp. 311-315.

Rowe, J. y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*. Vol. 37, no. 4, pp. 433-440.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52, pp. 141-166.

Ryff, C. D. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 9, no. 1, pp. 13-39.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 57, pp. 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 4, pp. 99-104.
- Sánchez, J. y González, A. (2002). La calidad de vida en ancianos En L. Reynoso e I. Seligson (Ed.), *Psicología y salud* (pp. 191-212). México: UNAM.
- Schaie, K. y Willis S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Schneiderman, E. (1992). Biological theories of aging. *Generations*. Vol. 16, no. 4, pp. 7-10.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*. Vol. 55, no. 1, pp. 5-14.
- Serra, E. y Abengózar, M. C. (1990). Ancianidad y preparación para la muerte. *Anales de Psicología*. Vol. 6, no. 2, pp. 147-158.
- Setién, S. (1995). Indicadores sociales de la calidad de vida: un sistema de medición aplicado al país Vasco. Madrid: Siglo XXI.
- Siegel, J., (1980). On the demography of aging. *Demography*. Vol. 17, no. 4, pp. 345.
- Stawbridge, W., Wallhagen, M. y Cohen, R. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Cohen. *The Gerontologist*. Vol. 42, no. 6, pp. 727-733.
- Suárez D. (2004). Mastectomía y autopercepción corporal. *Psicología.com*. Vol. 9, no. 2.
- Sun, X., Lucas, H., Meng, Q. y Zhang, Y. (2011). Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. *Quality of Life Research*. Vol. 20, pp. 359-369.
- The EuroQoL Group (1990). EuroQoL: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. Vol. 16, no. 3, pp. 199-208.
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. Vol. 28, no. 3, pp. 551-558.
- Tuesca, M. R. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte*. No. 21, pp. 76-86.
- Vazquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*. Vol. 4, no. 2/3, pp. 385-404.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*. Vol. 3, pp. 87-116.

Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*. Vol. 18, pp. 29-74.

Viguera, V. (2005). Los miedos en los adultos mayores. Recuperado Enero, 8, 2007 de [http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20MIEDOS%20EN%20LOS%](http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20MIEDOS%20EN%20LOS%20)

Winter, Y., Korchounov, A., Zhukova, T. y Bertschi, N. (2011). Depression in elderly patients with alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. Vol. 2, no. 1, pp. 27-32.

Wood, W., Rhodes, N. y Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: a consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*. Vol. 106, no. 2, pp. 249-264.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



Carta de aceptación del participante

Folio:

El presente es un estudio realizado por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el propósito de recopilar información, acerca de la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como de algunos otros factores asociados a ella.

Es por ello que se le hace una atenta invitación para que participe dentro del estudio como voluntario. Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones.

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

Nos interesa su participación voluntaria, y la honestidad de sus respuestas, ya que con ello permitirá que los resultados sean válidos y confiables, para lo cual le damos de antemano nuestro sincero agradecimiento.

Participante
Acepto participar

Nombre y firma

Lugar y fecha

Ficha de datos sociodemográficos	
<p>Género</p> <p>Femenino Masculino</p>	<p>Reactivo 1</p>
<p>Edad</p>	<p>Reactivo 2</p>
<p>Estado civil</p> <p>Soltero Casado En unión libre o concubinato Con pareja Separado Divorciado Viudo</p>	<p>Reactivo 3</p>
<p>¿Está usted enfermo?</p> <p>Sí No</p>	<p>Reactivo 24</p>

Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD)	
¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria? -1 (nada) -5 (completamente)	WHOQoL-OLD CAPACIDAD SENSORIAL Reactivo 2
¿Qué tanto sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) afectan su capacidad para relacionarse con otras personas? -1 (nada) -5 (completamente)	WHOQoL-OLD CAPACIDAD SENSORIAL Reactivo 10
¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)? -1 (muy malo) -5 (muy bueno)	WHOQoL-OLD CAPACIDAD SENSORIAL Reactivo 20
Total de Capacidad sensorial	WHOQoL-OLD CAPACIDAD SENSORIAL TOTAL Reactivos 2, 10, 20
¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá? -1 (nada) -5 (completamente)	WHOQoL-OLD TEMOR A LA MUERTE Reactivo 6
¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte? -1 (nada) -5 (completamente)	WHOQoL-OLD TEMOR A LA MUERTE Reactivo 7
¿Cuánto le asusta morir? - 1 (nada) -5 (completamente)	WHOQoL-OLD TEMOR A LA MUERTE Reactivo 8
¿Cuánto teme tener dolor antes de morir? -1 (nada) -5 (completamente)	WHOQoL-OLD TEMOR A LA MUERTE Reactivo 9
Total de Temor a morir	WHOQoL-OLD TEMOR A LA MUERTE Reactivo 6,7,8,9
Total de Calidad de Vida	WHOQoL-OLD Reactivo 1-24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO (Riff, 1989)**



Folio:

Instrucciones: A continuación se presentan preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, le pido que piense en **las dos últimas semanas** y seleccione la respuesta que considere más apropiada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estoy contento(a) sobre cómo han resultado las cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos	6	5	4	3	2	1
3. Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho	6	5	4	3	2	1
5. Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	6	5	4	3	2	1
6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme	6	5	4	3	2	1

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	6	5	4	3	2	1
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante	1	2	3	4	5	6
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo	1	2	3	4	5	6
13. Si pudiera, hay muchas cosas de mí mismo(a) que cambiaría	6	5	4	3	2	1
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones	6	5	4	3	2	1
16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro	1	2	3	4	5	6
18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes	1	2	3	4	5	6

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5	6
20 La mayoría de las personas tienen más amigos que yo	6	5	4	3	2	1
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen	6	5	4	3	2	1
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida	1	2	3	4	5	6
24. En general, siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a	1	2	3	4	5	6
25. Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida	6	5	4	3	2	1
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza	6	5	4	3	2	1
27. Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos	6	5	4	3	2	1
28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida	1	2	3	4	5	6

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida	6	5	4	3	2	1
30. Hace tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras en mi vida	6	5	4	3	2	1
31. Me siento orgulloso/a de quién soy y la vida que llevo	1	2	3	4	5	6
32. Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí	1	2	3	4	5	6
33. Cambio mis decisiones, si mis amigos o familia están en desacuerdo	6	5	4	3	2	1
34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada	6	5	4	3	2	1
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias	1	2	3	4	5	6
36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona	6	5	4	3	2	1
37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona	1	2	3	4	5	6
38. La vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla	1	2	3	4	5	6