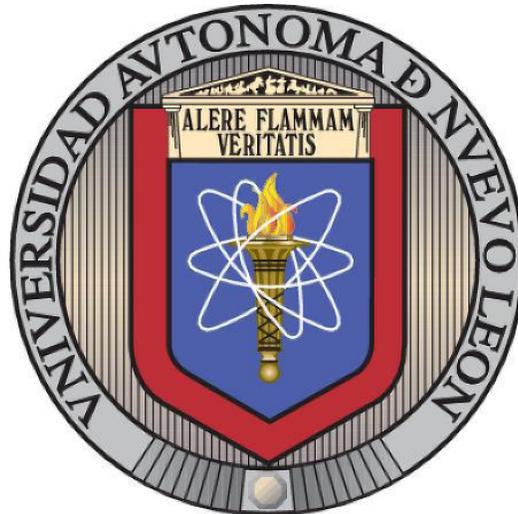


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**EFFECTO DE UN PROGRAMA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD
EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**

PRESENTA

ANA AURORA MARTÍNEZ CARRILLO

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

MARZO, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



TESIS

**EFFECTO DE UN PROGRAMA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN
ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**

PRESENTA

ANA AURORA MARTÍNEZ CARRILLO

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

DIRECTOR DE TESIS

DRA. EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MEXICO,

MARZO DE 2017

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

La presente tesis titulada “Efecto de un programa sobre calidad de vida y salud en adultos mayores institucionalizados” presentada por Ana Aurora Martínez Carrillo ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Edith Gerardina Pompa Guajardo
Director de tesis

Dra. Cecilia Meza Peña
Revisor de tesis

Dra. Fuensanta López Rosales
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, MARZO de 2017

DEDICATORIA

A mi abuelita Noni (QEPD) por alentarme a salir adelante e impulsarme a investigar en la calidad de vida en adultos mayores.

A mi hermana que ha estado presente en todas las etapas de mi vida y me ha motivado a ser una mejor persona.

A la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús que siempre tiene las puertas abiertas para la ayuda del adulto mayor en todas sus facetas y me proporcionaron un gran crecimiento profesional, pero el más importante fue el personal.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi directora de tesis la Dra. Edith Pompa Guajardo por aconsejarme y dirigirme a lo largo de toda la maestría, apoyándome en cuanto a las dudas y proporcionándome retroalimentación para mejorar mi crecimiento profesional.

A la Dra. Lucia Quezada Berumen por compartir su conocimiento en estadística, ya que fue un paso esencial para poder culminar la tesis, además de su sencillez para explicar los conceptos.

Al Dr. Victor Padilla por su apoyo en la redacción del marco teórico, así como la motivación para presentar un pequeño avance del trabajo en el XIII Coloquio de Investigación de la Red Multiregional de Programas de Posgrado de Calidad en Psicología.

A la Dra. Fuensanta López y la Dra. Cecilia Meza en su apoyo y revisión de la presente tesis.

A Rubén Ruíz, María Luisa González, Jaime Castillo y Carlos Ibarra por su apoyo constante a lo largo de los dos años que duró la maestría, por todas las facilidades proporcionadas para que llevara a cabo la investigación.

RESUMEN

La esperanza de vida se va incrementando y la tasa de natalidad va disminuyendo, por lo que cada vez es mayor la cantidad de adultos mayores que ingresan a instituciones, por esto es importante brindar programas de salud para incrementar la calidad de vida, para proteger la salud y el bienestar en el futuro. Se llevará a cabo un estudio cuantitativo, cuasi-experimental y transversal, en dos grupos, control y experimental, donde 40 adultos mayores de 60 años, que se encuentran institucionalizados, sin discapacidades cognitivas que les dificulten o impidan responder los inventarios y/o llevar a cabo la participación en el programa psicoeducativo. El procedimiento se realizará en 3 fases, en la primera se aplicará el Inventario de actividades de la vida diaria del adulto mayor (INACVIDIAM) y el Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa), en la segunda fase se aplicará el programa psicoeducativo al grupo experimental y finalmente en la tercera fase se volverán a aplicar los inventarios a los dos grupos, para poder realizar una comparativa intra e inter-grupos y ver si existe una diferencia significativa en los resultados post-test. Se espera obtener un incremento en los resultados del inventario de calidad de vida y salud en el grupo experimental después de aplicado el programa psicoeducativo.

Palabras clave: Calidad de vida, Adultos mayores, Institucionalizados

ABSTRACT

Life expectancy is increased and the birth rate is declining, so increasing the number of older adults entering institutions, so it is important to provide health programs to increase the quality of life is greater to protect the health and welfare in the future. A quantitative study, quasi-experimental and transversal, into two groups, control and experimental will be held, where 40 adults over 60, who are institutionalized without cognitive disabilities that hinder them or prevent respond inventories and / or carry out participation in the health program. The procedure will be performed in 3 phases, first the inventory of activities of daily living of the elderly (INACVIDIAM) and the inventory of quality of life and health (InCaViSa) shall apply in the second phase health program will apply the experimental group and finally in the third phase will be reapplied inventories to the two groups to perform intra- and inter-group comparison and see if there is a significant difference in post-test results. It is expected to obtain an increase in inventory results quality of life and health in the experimental group after application of the health program.

Key words: Quality of life, older adults, institutionalized

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	10
INTRODUCCION.....	10
Definición del Problema	12
Justificación de la Investigación.....	13
Objetivo General	15
Objetivos específicos:.....	15
Hipótesis o Preguntas de investigación	15
Limitaciones y Delimitaciones	16
CAPITULO II.....	17
MARCO TEORICO.....	17
I.- CALIDAD DE VIDA.....	17
Adulto Mayor	22
Condiciones.....	28
a) Heterodeterminadas.....	28
b) Autodeterminadas	28
Entorno.....	29
a) Endo-entorno	29
b) Meso-entorno	29
c) Exo-entorno.....	29
Enfermedades crónicas.....	29
d) Diabetes Mellitus	31
e) Hipertensión arterial	32
f) Cáncer.....	33
g) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	34
h) Cardiopatía Isquémica	35
i) Artrosis	36
j) Depresión y Ansiedad	37
k) Deterioro cognitivo	38

Actividades de la Vida Diaria.....	41
Institucionalizados	42
2.- PROGRAMAS DE SALUD:.....	44
Intervención psicológica	44
a) Terapia Cognitivo-Conductual.....	45
b) Técnicas de relajación.....	45
c) Dinámicas grupales.....	46
d) Psicoeducación	46
Modelo de Envejecimiento Exitoso.....	47
Inventario de Calidad de Vida y Salud	47
CAPITULO III.....	49
METODO.....	49
PARTICIPANTES	49
INSTRUMENTOS	50
PROCEDIMIENTO.....	51
Diseño utilizado	51
Recolección de Datos	51
Aspectos éticos	52
Análisis de Datos	52
CAPITULO IV	53
RESULTADOS	53
CAPITULO V	57
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
ANEXOS.....	72

Índice de Tablas

Tabla 1.	Estadísticos descriptivos del InCaViSa Pre-Test.....	54
Tabla 2.	Estadísticos descriptivos del InCaViSa Post-Test.....	55
Tabla 3.	Diferencias entre grupo control y experimental U de Mann-Whitney	57

CAPITULO I

INTRODUCCION

La investigación en torno a la calidad de vida relacionada con la salud, es la evaluación que realiza la persona acerca del nivel de bienestar como resultado de distintos aspectos de su vida, teniendo en cuenta el impacto que tienen en su estado de salud (Urzúa, 2010) en adultos mayores, ha cobrado relevancia en los últimos años debido a que la esperanza de vida va en aumento y la tasa de natalidad a la baja (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014). La esperanza de vida en México se va incrementando y la tasa de natalidad va disminuyendo (INEGI, 2015), por esto es importante brindar una atención psicológica preventiva para incrementar la calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados, ya que es evidente el descenso en la salud física pero es importante resaltar que la salud psicológica puede ascender proporcionando mayores herramientas de seguridad y calidad de vida a las personas (Acevedo et al., 2014; Estrada et al., 2011; Rodríguez et al., 2010; Uribe et al., 2004).

Es por esto que en los últimos años a causa de que la población adulta se incrementa, diversas disciplinas como la psicología, la medicina, la gerontología, la sociología entre otras, se han preocupado por estudiar las variables que se dan en esta etapa del ciclo vital para poder contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos que permitan una mejora integral para el adulto mayor (Rodríguez et al., 2010).

Durante las próximas décadas se seguirá viendo como un reto el poder proporcionar una adecuada calidad de vida para los adultos mayores en los distintos países, puesto que el incremento en la esperanza de vida hace evidente que es urgente que se siga reflexionando sobre la calidad de vida, pero principalmente tomar las medidas necesarias para proteger la salud y el bienestar

en el futuro (González-Celis, 2010). Ya que el aumento en la expectativa de vida implica un desafío para adaptarse a los distintos cambios que son propios de la edad avanzada y las experiencias a las que se enfrentan como pérdidas y amenazas al bienestar personal (Prieto-Flores, 2008).

Se hace énfasis el término de un envejecimiento activo, que tiene pocos años de originarse, inicia alrededor de los años de 1990, sin embargo este término no va en el sentido de una actividad laboral, sino de lo social y lo comunitario puesto que esto es central para desarrollar la calidad de vida y bienestar físico, psíquico, afectivo, interpersonal y social (Limón y Ortega, 2011), es por esto que debemos lograr un cambio en el estilo de vida logrando que sea más saludable a través de un programa, Márquez-González, Fernández-Fernández, Romero-Moreno y Losada (2013) se enfocan en la terapia de aceptación y compromiso y lo utilizan como una herramienta para poder desarrollar y optimizar intervenciones que logren un envejecimiento activo en la población de adultos mayores.

Entre las ventajas que existen para la implementación de programas a adultos mayores institucionalizados encontramos que se pueden mejorar las capacidades funcionales puesto que al estar en contacto con otros compañeros pueden incrementar o apoyarse en las actividades de la vida diaria y de esta forma también reducir la incidencia de enfermedades mentales, que son dos factores importantes que influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida (Azpiazu et al., 2002).

Definición del Problema

De acuerdo al panorama que se ha ido desarrollando en México, tenemos que la esperanza de vida va en aumento y la natalidad en descenso (INEGI, 2015), por lo que hay consecuencias para los distintos estratos económicos, políticos, sociales y culturales, esto nos hace plantearnos que son cada vez menos los hijos que se podrán hacer cargo del cuidado de sus padres, por lo que habrá un aumento de ingresos en asilos, casas de reposo, cuidados de día, pero es importante mencionar que actualmente las instituciones de asistencia, no proveen las características pertinentes para poder mantener e incluso incrementar la calidad de vida, puesto que es un cambio que se está generando y los profesionales necesitamos actualizarnos (Becerra-Martínez, Godoy-Sierra, Pérez-Ríos y Moreno-Gómez, 2007).

La sociedad ha ido orillando a los adultos mayores a percibirse como un estorbo que no tiene cabida en el aporte familiar, tanto de forma económica como social, esto incrementa el aspecto negativo de la vejez y merma su calidad de vida, debido a que disminuye su autoestima y su sentimiento de funcionalidad (Becerra-Martínez et al., 2007).

Los adultos mayores institucionalizados requieren de actividades que les permitan seguir desarrollando sus habilidades sociales, funcionales y cognitivas, por lo que se busca implementar un programa psicoeducativo para mejorar los niveles de calidad de vida por medio de la participación del programa.

¿Cuál es el efecto de un programa sobre la calidad de vida y la salud en adultos mayores institucionalizados?

Justificación de la Investigación

La importancia de un programa psicoeducativo en los adultos mayores se debe a que la percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida son influidos por su salud mental y capacidad funcional (Azpiazu et al., 2002). El ideal sería lograr un envejecimiento exitoso el cual implica que los adultos mayores serán capaces de integrarse y desenvolverse de manera eficaz en su entorno familiar y social, superando las dificultades culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y así poder mantener un nivel adecuado de bienestar personal y por tanto una mejora de calidad de vida (Vivaldi y Barra, 2002).

Dentro de las investigaciones realizadas sobre el adulto mayor se ha encontrado que los programas de intervención no solo son necesarios, sino que han mostrado su efectividad en las variables estudiadas como en el área física, psicológica y autoestima del área social (Uribe et al., 2004), pues las herramientas psicológicas contribuyen al desarrollo y puesta en práctica de sistemas de evaluación y programas de intervención para hacer frente a los problemas comportamentales y psicológicos de los adultos mayores (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002). Es por esto que el psicólogo es el profesional idóneo, ya que tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para la elaboración de programas de intervención.

Otro factor relevante para la realización de esta investigación es que Urzúa et al. (2011) propone que debido a que la evaluación que una persona hace de su calidad de vida incorpora elementos socioculturales y valóricos propios del contexto en el que vive, es de interés saber si existen diferencias entre los factores relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores, en los distintos países.

Para Manriques-Espinoza et al. (2013) es importante la creación de un nuevo modelo de atención a los adultos mayores mexicanos ya que se ha encontrado un aumento en la discapacidad y la dependencia de los adultos mayores.

En una revisión sistemática de investigaciones se concluyó que el sedentarismo trae repercusiones negativas en la salud de los adultos mayores, incluso de mortalidad (Rezende, Rey-López, Matsudo y Luiz, 2014) por lo que esto disminuye la calidad de vida y es necesario implementar dentro del programa actividades que permitan un mayor movimiento corporal.

Las actividades sociales van a tener una repercusión en la vida de los adultos mayores, durante las distintas etapas del adulto mayor, sin embargo, las actividades sociales con los amigos son las que más beneficios representan para ayudar como amortiguador frente a los efectos negativos del envejecimiento (Huxhold, Miche y Shüz, 2014). Un aspecto a investigar en los adultos mayores institucionalizados es la creación y el fortalecimiento de los vínculos con los compañeros a través del programa para observar si se logra generar una amistad.

Es por esto que considero relevante realizar la investigación de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados después de un programa psicoeducativo, en dos grupos: control y experimental, para poder determinar los factores que se involucran en la calidad de vida, así mismo si el programa psicoeducativo resulta ser exitoso o no, y entonces poder aportar a la ciencia y a la sociedad herramientas y hallazgos útiles que nos ayuden a generar un incremento en la calidad de vida a través de programas.

Objetivo General

El incremento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de natalidad, provoca que existan cada vez más adultos mayores que requieren ingresar a una institución para poder vivir la última etapa de la vida, sin embargo, debe considerarse las actividades a realizar por parte de los residentes para que su calidad de vida no disminuya, por lo que en seguida se mencionan los objetivos:

Objetivo general:

Determinar cuál es el efecto de un programa psicoeducativo sobre la calidad de vida y la salud en adultos mayores institucionalizados

Objetivos específicos:

1. Medir la calidad de vida y salud en los adultos mayores institucionalizados con el instrumento InCaViSa.
2. Aplicar el programa psicoeducativo a los adultos mayores institucionalizados
3. Detectar cuales son las áreas que indiquen algún cambio después del programa psicoeducativo.
4. Comparar los grupos para ver si existe alguna diferencia de acuerdo al programa.

Hipótesis o Preguntas de investigación

Los participantes que recibieron el programa psicoeducativo, obtendrán mayores puntuaciones en el Inventario de Calidad de Vida.

Limitaciones y Delimitaciones

El presente trabajo se ha desarrollado con la participación voluntaria de los adultos mayores de 60 años, que se encuentran como residentes de la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, en Monterrey, Nuevo León, que no presenten discapacidades cognitivas que les dificulten o impidan responder los inventarios y/o llevar a cabo la participación en el programa psicoeducativo, la muestra fue por conveniencia debido a que los residentes eran quienes decidían participar o no, sin embargo al dividir los dos grupos en control y experimental se realizó de forma aleatoria, al ser un estudio cuasi-experimental no se buscó la igualación de grupos.

Para analizar la calidad de vida se aplicó el Inventario de Calidad de Vida relacionado con la Salud (InCaViSa), para tener una medición base, la aplicación de los inventarios se realizó en un lugar con buena iluminación, adecuada ventilación y cómodo para poder responder. Sin embargo, no se consideraron otras variables que pudieran influir en la comparación de los grupos, como el hecho de que tuvieran actividades recreativas extras a las impartidas por el asilo, o el pertenecer a grupos sociales externos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

I.- CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida apareció por primera vez en la década de los años sesenta, sin embargo en ese entonces se enfocaba hacia el medio ambiente y el urbanismo, no obstante las Ciencias Sociales empezaron a desarrollar indicadores que midieran el desarrollo y bienestar social; y es hasta finales de los años setenta e inicios de los ochenta cuando la calidad de vida se vuelve más integradora haciendo hincapié todas las áreas de la vida social y empieza a ver que se compone de elementos objetivos y subjetivos (Medina y Carbonell, 2004).

La calidad de vida es un concepto complejo y difícil de operacionalizar, lo más seguro que se tiene es que es multidimensional, es por esto que también depende del contexto en que se encuentre el individuo y sus circunstancias, ya que la posición social, la edad y el género serán más importantes que el hecho de vivir en un asilo o en su propio domicilio para la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997).

La calidad de vida está relacionada con la con la satisfacción por la vida ya que esta es una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias, y es un indicador del bienestar subjetivo que se estudia a través de las propias evaluaciones que el sujeto realiza de sí mismo (Arita, 2005).

En el año 2011, Millán estudió el envejecimiento y la calidad de vida, refiriéndose al primero como un conjunto de cambios fisiológicos y funcionales que suceden con el paso del tiempo, y al segundo como una serie de vivencias, experiencias,

aprendizaje, estado de salud, accidentes y otras circunstancias, que le permitirán a cada persona afrontar su calidad de vida, de distinta manera a pesar de tener la misma edad.

La relación de las actividades de ocio en conjunto con las condiciones personales, siempre tendrán un impacto en la calidad de vida, por lo se tiene que tomar en cuenta estos aspectos al momento de implementar las actividades (Lardiés-Bosque et al., 2013). En cuanto a tiempo libre, se tiene dos opciones de elegir a realizar alguna actividad física o simplemente pasar el tiempo de una manera sedentaria, por lo general se investiga sobre la actividad física con el fin de incrementar la calidad de vida, no obstante, Balboa-Castillo, León-Muñoz, Graciani, Rodríguez-Artalejo y Guallar-Castillón en el 2011 investigaron esta variable, llegando a la conclusión de que a mayores actividades físicas y menos sedentarismo se asocia a una mejor calidad de vida a largo plazo en adultos mayores.

Los adultos mayores que reportan dormir entre 7 y 8.5 horas, tienen una mejor calidad de vida, autorrealización, responsabilidad en salud, ejercicio, apoyo interpersonal y manejo del estrés, mientras que los que duermen menos cantidad de horas presentan un deterioro en la calidad de vida, en todos los aspectos menos nutrición, sin embargo los que reportan dormir mayor cantidad de horas solo afectan la autorrealización y calidad de vida (Durán, Mattar, Bravo, Moreno y Reyes, 2014). Es un factor a tener en cuenta al observar la calidad de vida.

Otro factor importante dentro de la calidad de vida es el apoyo social con que cuenta el adulto mayor, y este se da principalmente por la familia inmediata, que viene siendo los hijos en general, el cónyuge y el hijo de los familiares, esto debido a los patrones socioculturales que se dan en nuestra sociedad; es importante el soporte familiar que se brinda al adulto mayor, ya que esto supone un protector ante situaciones estresantes (Castellano, 2014). Es por esto que también deben desarrollarse programas que permitan un entorno social favorable

y que les permitan tener una mayor participación social por ende mejorando su calidad de vida (Romero et al., 2013).

Dentro de las preocupaciones que se encuentran para detectar el nivel de calidad de vida, habría que detectar si es el maltrato es una de estas preocupaciones, ya que los adultos mayores en su mayoría son víctimas de maltrato, y esto afecta su salud física y psicológica (Díaz-López y Llerena-Álvarez, 2010). Se ha encontrado que los adultos mayores, pero de menor edad presentan alta frecuencia de daño psicológico, negligencia y financiero por parte de su familia, principalmente por parte de sus hijos y nietos, mientras que los más longevos presentan menor cantidad de abuso físico, y carencias económicas, también se encontró que los hombres son los más perjudicados en cuanto a maltrato en sus distintas facetas (Mendo, Infante, Lamote, Núñez y Freyre, 2012).

Se ha encontrado que el optimismo tiene una influencia positiva en la calidad de vida con pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Marrero, 2014), y los adultos mayores en la mayoría de los casos presentan algún tipo de estas enfermedades por lo que dentro del programa se busca encontrar el lado positivo que ayude a mejorar la calidad de vida de acuerdo a la actitud que adoptan, debido a que el bienestar subjetivo como satisfacción con la vida, el optimismo y las emociones positivas, están relacionadas con una mejor salud y una mayor longevidad (Diener y Chan, 2011).

Es relevante trabajar sobre los aspectos positivos del envejecimiento junto con el optimismo, porque a pesar de que los estudios demuestran que es bueno para la calidad de vida en adultos mayores, es difícil que el estereotipo positivo influya por sí mismo, ya que Meisner en el año 2012 realizó un meta-análisis donde concluyó que los estereotipos negativos influyen tres veces más sobre los adultos mayores que los positivos.

Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011) analizaron la calidad de vida desde la

perspectiva de las personas mayores y su relación con las variables bienestar psicológico, apoyo social, estado general de salud y estado físico y mental de salud, la muestra fue de 406 participantes siendo 335 mujeres y 71 hombres, con edades entre los 60 y 90 años, es importante resaltar que a pesar de que el 76.1% de la muestra reportaron presencia de enfermedades, solo el 38.4% percibían sentirse enfermos. Evaluaron la calidad de vida con el instrumento WHOQOL-Old diseñado por la Organización Mundial de la Salud para los adultos mayores, y para las otras variables usaron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la Escala de Apoyo Social Duke-UNC, el cuestionario de salud física y mental SF-12 y el Cuestionario general de salud GHQ-12, los resultados que obtuvieron fueron que la participación ayuda a mejorar la calidad de vida ya que disminuye la dependencia de los adultos mayores, y que las mujeres muestran mayor participación y relaciones sociales que los hombres. Las recomendaciones a futuras investigaciones es que se profundice en aspectos vinculados a la ausencia total de apoyo social, ya sea por abandono o aislamiento.

En el 2001, Casado, González, Moraleda, Orueta, Carmona y Gómez-Calcerrada estudiaron la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes ancianos consultantes y los factores asociados, la inclusión para el estudio fue que tuvieran más de 65 años y no presentaran alguna limitación física o psíquica que les impidiera o dificultase la comunicación médico-paciente, utilizaron como instrumento la versión validada al castellano del Nottingham Health Profile, encontraron que existe mayor grado de deterioro en las mujeres que en los hombres, sin embargo en cuanto al grado de energía este va disminuyendo con la edad y no hay distinción de género, llegaron a la conclusión de que existe un deterioro importante en la calidad de vida debido a diversos factores, y consideran que la valoración de la calidad de vida subjetiva tendría que ser una herramienta habitual en la práctica clínica. Habría que comparar estos resultados con población institucionalizada para tener mayor información.

Estrada y colaboradores (2011) en un estudio de tipo descriptivo y transversal, en el que evaluaron a personas de 65 años y más, variables como la calidad de vida, la depresión, la ansiedad y la funcionalidad, encontraron que la calidad de vida disminuye cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía eran limitantes para la realización de las actividades de la vida diaria, así como el hecho de ser mujer y presentar síntomas de depresión y ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares; sin embargo había un incremento en la puntuación de calidad de vida cuando habían ingresado a asilos voluntariamente. La limitación que se tuvo fue que no se pudo tener acceso a todas las instituciones tanto públicas como privadas.

En otro estudio de corte cualitativo que se realizó en Saltillo, Coahuila en los centros del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) se analizaron los eventos más relevantes de la vida del adulto mayor y su relación con la calidad de vida en esta etapa, utilizaron como instrumento una entrevista a profundidad focalizada, que fue diseñada para registrar las impresiones sobre el tema de la calidad de vida desde la perspectiva de los entrevistados y observar los significados de las experiencias, encontraron que la calidad de vida es una evaluación hecha por el individuo, en donde éste compara su concepto de bienestar o satisfacción con la vida junto con sus aspectos funcionales sociales, físicos y psíquicos. La limitación que se tuvo es que fue una muestra demasiado pequeña ya que solo contaron con la participación de 10 adultos de la tercera edad (Acevedo, González, Trujillo y López, 2014).

Azpiazu et al. (2003) investigaron el estado de salud autopercebido y la calidad de vida en los mayores de 65 años no institucionalizados residentes de Madrid, mediante una encuesta administrada a domicilio por entrevistadores utilizando como instrumentos el cuestionario Euroqol y el Perfil de Salud de Nottingham, los resultados que obtuvieron de las 911 encuestas válidas, fueron que las mujeres muestran una peor percepción de su estado de salud y de su calidad de vida, mientras que las personas mayores de 80 años tienen puntuaciones más bajas

en los cuestionarios, sin embargo, no perciben su estado de salud como peor.

Adulto Mayor

Desde los inicios los hombres se han interesado por lograr vivir el mayor número de años posibles, y con el desarrollo que se ha dado en la ciencia y la técnica, actualmente se vive más años y por esto es esencial que estos años se vivan con la mejor calidad de vida posible (Alonso, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco y Oliva, 2007).

Al vivir más años se produce el envejecimiento que es un proceso que se caracteriza por su universalidad, ya que les sucede a todos los seres humanos, este inicia desde el nacimiento de la persona y se irá desarrollando con el paso del tiempo para finalmente concluir con la muerte. Anteriormente se consideraba el proceso de envejecimiento como deterioro y estaba cargado de connotaciones negativas, sin embargo, eso ha quedado en el pasado, actualmente nace un nuevo concepto de envejecimiento en donde su principal interés se encuentra en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, es por esto que ahora es visto como un proceso de evolución, crecimiento y desarrollo, basado en las experiencias de las personas mayores (Módenes y Cabacco, 2008).

Corrales et al. (2004) consideran que es importante identificar los problemas de salud y la capacidad funcional y mental, porque esto incrementa los costos de atención que se tienen que proveer para los adultos mayores, si se mantienen estos factores se podrá tener una mayor calidad de vida y autonomía por parte de los adultos mayores.

La percepción acerca de la vejez en los aspectos físicos y psicosociales se siguen dando connotaciones negativas, sin embargo, ha habido un cambio en cuanto a

la percepción de factores como la experiencia, la tranquilidad y la vida realizada, en donde tienden a percibirlos de una manera más favorable (Marín, Troyano y Vallejo, 2001).

Se considera que el cambio corporal que se da durante el proceso de envejecimiento es una comunicación entre el interior y el exterior del individuo, no obstante, el hecho de que ahora el cuerpo tenga un funcionamiento diferente, significara que este enfermo (Da Costa, da Silva y de Oliveira, 2015).

También existen ancianos frágiles o de riesgo que son determinadas características o condiciones físicas, mentales o sociales, que presentan una disminución en su funcionalidad y esto podría llevarlo a presentar un deterioro progresivo y por tanto afectar su calidad de vida, es por esto que se considera importante detectarlos en la atención primaria (Lesende, 2005). “La fragilidad en la mujer está asociada al deterioro cognitivo, independientemente de la edad y de otros marcadores, de manera muy consistente” (Torija, Mayor, Salazar, Estremera, Buisan y Fernández, 2004 pp 297).

Después de detectar a los ancianos frágiles en atención primaria es necesario proporcionar un tratamiento, para mejorar la funcionalidad y disminuir la dependencia, el ejercicio y la actividad física son las intervenciones que han demostrado efectos positivos en la calidad de vida y funcionalidad (Lesende, Gorroñoigoitia, Gómez, Baztán y Abizanda, 2010). La importancia de la actividad física es un factor fundamental para que las personas mayores tengan un estado óptimo de salud y por tanto mejore su calidad de vida (Rosales et al., 2014; Salinas, Cocca, Mohamed y Viciano, 2010). Para contribuir al desarrollo de la funcionalidad, habrá que llevarse a cabo medidas por los equipos de nivel primario, ya que este es el lugar más indicado para tratar desde el inicio las dificultades que afectan a los adultos mayores (Sanhueza, Castro y Merino, 2005).

Es por esto importante considerar el hecho de la fragilidad en los adultos mayores, porque de acuerdo a Domínguez y Avilés (2012) este es un factor de prevalencia que afecta la calidad de vida, es cierto que la fragilidad se irá dando por efecto de la edad, no obstante, habrá que realizar algunos cambios para que se retrase o se produzca de una manera favorable como menciona la siguiente cita “La vejez puede ser una etapa activa y vital, no hay que pensar en ella como pasiva y dependiente. De todos nosotros depende la calidad de vida del adulto mayor” (Morfi, 2005 parr. 12). En ese sentido al querer aplicar un programa psicoeducativo a la población de adultos mayores es necesario primero saber cómo describen este aspecto, ya que a partir de este punto es como realmente se podrá realizar una promoción del envejecimiento activo y saludable (De-Juanas, Limón y Navarro, 2013).

Acuña-Gurrola y González-Celis (2010) mencionan que los esfuerzos deben enfocarse para que los adultos mayores y la población en general, vean a la vejez como una etapa de la vida que se puede optimizar, logrando un mayor bienestar ya que la red de apoyo social puede influir en la autoeficacia para realizar las actividades de la vida cotidiana. La salud pública ahora también deberá enfocarse en erigir los cimientos para proporcionar una buena calidad de vida y capacidad funcional en la vejez, ya que el envejecimiento poblacional repercute en todos los aspectos de la vida (Peláez, 2005). Como parte de esta búsqueda por mejorar las alternativas para incrementar la calidad de vida en los adultos mayores, se investigó si la visita a las casas de las personas mayores, habría un cambio en la mortalidad o la vida independiente, sin embargo, se encontró que no está asociado a beneficios consistentes, no obstante, no se puede descartar que algún programa pueda llegar a ser eficaz (Mayo-Wilson et al. 2014).

Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora 2013 refieren que es importante realizar una promoción de la salud y prevención de las enfermedades, en su investigación se enfocan en la depresión, sin embargo sabemos con base a estudios (Hawton et al. 2011; Perissinotto, Cenzer y Covinsky, 2012; Steptoe, Shankar, Demakakos

y Wardle, 2013) que la soledad en los adultos mayores conduce a la depresión y por lo tanto afecta su calidad de vida, incluso llegando a ser una causa de muerte tanto en hombres como mujeres. Sin embargo, un factor de resiliencia y de depresión tuvo asociaciones significativas con una escala auto-aplicable de envejecimiento exitoso (Jeste et al., 2014).

Sin embargo al hablar de soledad, no estamos asumiendo que sea generalizado en toda la población de adultos mayores, de hecho esta parte de la población cada vez logra volverse más activa e involucrarse más, (Arias, 2013), por lo que se busca que sigan con este desarrollo, es importante que los adultos mayores sigan realizando sus capacidades funcionales debido a que Crucio, Gómez y García (2014) detectaron que los adultos mayores institucionalizados tienen una autopercepción muy baja de su salud, y esto provoca que existan más riesgos de caídas y casi-caídas, debido a estos resultados es necesario incrementar esta percepción para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

En el año 2004, Mingorance y Torres realizaron estudios de caso de naturaleza descriptiva e interpretativa, en el cual recabaron información sobre una escala para los recursos sociales que dividieron en 6 niveles: 1) Excelentes recursos sociales, 2) Buenos recursos sociales, 3) Levemente incapacitado socialmente, 4) Moderadamente incapacitado socialmente, 5) Gravemente incapacitado socialmente y 6) Totalmente incapacitado socialmente. Esto se realizó en las Aulas Culturales en España y se concluyó que las personas que entrevistaron no se mostraron afectadas por el sentimiento de soledad debido a que no se sienten solos, ya que aún cuentan con relaciones sociales y esto les produce un aumento en su calidad de vida puesto que el estar conviviendo en las Aulas Culturales les permite realizar actividades que antes no podían, conocer nueva gente, y mejora su forma de ver la vida. La limitante de este estudio es que solo se enfocó en Aulas Culturales y no en otros lugares de convivencia como por ejemplo asilos, en donde es evidente que conviven, pero no en todos los casos están por su

propia voluntad.

Castellano (2014) realiza una investigación en donde propone como hipótesis que una adecuada red social se relaciona con un mejor estado emocional y una actitud favorable hacia esta etapa, este estudio lo realiza con 117 personas siendo 107 mujeres y 10 hombres, con edades entre los 52 y los 87 años, en España, encontró que la interacción positiva entre estas tres variables que son apoyo social, estado anímico y actitudes positivas hacia la vejez, logran hacer que el adulto mayor tenga mayores conductas de protección y de promoción de la salud y observo que al contar con apoyo social y no presentar trastornos mentales da como resultado tener actitudes favorables hacia la vejez. La limitación del estudio es que existe una alta representación femenina y no se puede generalizar.

Es importante lograr un bienestar psicológico en los adultos mayores ya que Vivaldi y Barra (2012) realizaron un estudio en donde examinaron las relaciones entre el bienestar psicológico, al apoyo social percibido y la percepción de la salud en los adultos mayores, usaron como instrumento la escala de bienestar psicológico de Ryff, contaron con una muestra de 250 personas siendo 146 mujeres y 104 hombres con edades entre los 60 y los 87 años en la ciudad de Concepción, Chile, y los resultados que obtuvieron fueron que había mayor relación de bienestar psicológico con apoyo social recibido, que con la percepción de salud, así mismo encontraron que la población masculina reporta mayor nivel de bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres, y que las personas que contaban con una pareja estable tenían mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido.

Vivaldi y Barra (2012) recomiendan seguir investigando las influencias de estas variables y compararlas con adultos mayores que se encuentren en asilos y poder proporcionar estrategias de afrontamiento ya que mucho depende de la evaluación subjetiva que realiza el individuo.

Las actividades recreativas que se realizan en las instituciones geriátricas, tienen gran relevancia en la calidad de vida que presentan los adultos mayores institucionalizados, debido a que tienen mucho tiempo libre y el uso que le dan es indispensable, tanto en las actividades que realizan dentro del instituto como en el exterior, para los adultos mayores que tienen poco de haber ingresado optan o son más satisfactorias las actividades recreativas externas que pueden realizar en compañía de sus familiares u otros adultos mayores (Giai, 2015).

Wiles, Leibing, Guberman, Reeve y Allen (2011) investigan el concepto de envejecer en el lugar, en dos poblaciones de Nueva Zelanda, lo principal es que mucho se habla del envejecimiento y la calidad de vida, sin embargo pocas veces se les pregunta directamente como es para ellos, por lo que de manera cualitativa se centran en observar la funcionalidad, lo simbólico, los apegos emocionales y el significado de los hogares, barrios y comunidades, factor que considero importante al estar con adultos mayores institucionalizados puesto que no depende del lugar, sino de cómo lo vivencia cada adulto mayor.

En el 2014 Rosales, García y Quiñones encontraron que los ancianos tenían conocimientos inadecuados acerca de las actividades sexuales que podían realizar y a sus estilos de vida es por esto que González, Núñez, Hernández y Betancourt (2015) consideran que es importante que los adultos mayores conozcan los mitos y realidades de su sexualidad, ya que se ha dado un rechazo de la sexualidad geriátrica y parece que aún faltan años de evolución para que se de esta aceptación por parte de la sociedad, debido a que erróneamente se les considera feos, débiles e impotente, creyendo que la sexualidad es cosa del pasado, sin embargo esto no tiene por qué ser así, aunque dependerá de cada persona, la sexualidad forma parte de la satisfacción.

En una investigación cualitativa que utilizó entrevistas a profundidad a personas mayores de 60 años semivalentes, con el objetivo de conocer y analizar las

percepciones, creencias y evaluaciones sobre su calidad de vida, encontraron que para las personas semivalentes, los factores que afectan la percepción de vida son la economía, la familia y la salud que son condiciones heterodeterminadas, sin embargo también se dieron cuenta en el análisis de datos que las dimensiones de calidad de vida no son absolutas y que esta dependerá de la condición que se evalúe y del entorno en que se experimente (Parraguez, Torrejon, Meersohn y Anigstein, 2011). Por lo que a continuación se mostraran las condiciones y los diferentes entornos.

Condiciones

Las condiciones se refieren a las dimensiones que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores y que pueden ser vivenciadas de dos formas que se presentan a continuación:

a) Heterodeterminadas

Estas condiciones son vividas como externas y pueden posibilitar o en caso contrario inhibir la calidad de vida de los adultos mayores, y van a determinar cuáles son los elementos del entorno que se pueden experimentar de esta forma y los adultos mayores perciben que tienen una menor posibilidad de decisión sobre estas circunstancias.

b) Autodeterminadas

Las condiciones autodeterminadas hacen referencia a todas las experiencias cotidianas, y que están bajo las posibilidades de incidencia por parte de los adultos mayores.

Entorno

a) Endo-entorno

Está compuesto por el contexto, las relaciones del adulto mayor y su núcleo social directo, más específicamente es el ámbito familiar y biográfico, esto constituye su identidad individual y su subjetividad. Es un nivel micro.

b) Meso-entorno

El contexto se vuelve más amplio, abarcando relaciones intermedias, interpersonales y de redes sociales, este nivel sirve como puente del micro al macro y viceversa.

c) Exo-entorno

En este contexto hablamos de la identidad del adulto mayor pero como sujeto social, aquí el ámbito que influye es lo sociocultural, se juega la inclusión/exclusión social, y su nivel es macro.

Enfermedades crónicas

La etapa que viven los adultos mayores se caracteriza por un periodo de la vida humana que se da una progresiva declinación de facultades y por la involución orgánica, esto nos indica que durante esta etapa se produce una disminución de las posibilidades de adaptación personal y una ralentización y menor sensibilidad de la homeostasis por lo que los adultos mayores tienden a enfermar (Munuera, 2010).

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en un periodo del 2007 al 2008 en pacientes mayores de 65 años en una muestra de 300 adultos mayores

donde se encontró una tasa de enfermedades no transmisibles siendo la hipertensión arterial la que se presentaba con mayor frecuencia (55%), después las enfermedades del corazón (32.3%) y la diabetes mellitus con un (18.3%) (Llibre, Guerra y Perera, 2008).

Siguiendo con el parámetro de enfermedades crónicas en los adultos mayores, Menéndez, Guevara, Adialys, Arcia, León, Marín y Alfonso en el año 2014 realizaron un estudio descriptivo y de corte transversal en el que determinaron la relación entre las enfermedades crónicas y la presencia de discapacidad en los adultos mayores de 60 años en siete centros urbanos de América Latina y el Caribe, tomando en cuenta a Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; Ciudad de La Habana, Cuba; México, D.F., México; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile, y São Paulo, Brasil, con una muestra de 10,891 personas, y as variables dependientes fueron la dificultad para realizar las actividades básicas y las actividades instrumentales de la vida diaria, y las variables independientes fueron la edad, el sexo, nivel educacional el vivir solo o acompañado y la presencia o no de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica (CI), enfermedades cerebrovasculares (ECV) y artrosis, esto nos aporta información sistematizada de la asociación entre la presencia de discapacidad y de enfermedades crónicas no transmisibles para así poder establecer programas que permitan detectar estos cambios tempranamente en cuanto a discapacidad.

Las enfermedades crónicas aún siguen presentándose como un problema en los adultos mayores y la presencia de estas, se relaciona con la disminución de la funcionalidad del ser humano, así como por el control y la prevención de las enfermedades y en ocasiones por dificultades para acceder a los sistemas de salud; en Colombia se encontró que la hipertensión, la diabetes y la osteoporosis son las enfermedades más comunes y que los adultos mayores casados y viudos presentaban más enfermedades en comparación con los solteros, separados o en unión libre (Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina, 2010).

d) Diabetes Mellitus

La organización mundial de la salud calculó que el número de personas con diabetes mellitus en el mundo es de 171 millones y prevé que para el año 2030 la prevalencia será de 366 millones, es una enfermedad con un costo alto en el ámbito médico, puesto que desencadena otras enfermedades como la insuficiencia renal, pérdida de la vista y amputaciones, siendo una enfermedad que podría prevenirse cambiando los estilos de vida y enfocándose a promocionar la salud (Wild, Roglic, Green, Sicree y King, 2004).

Se muestra la prevalencia de la diabetes mellitus en adultos mayores de 60 años, en los cuales se incrementa en proporción con la edad hasta un 21.2%, mostrando que en la región norte de México es mayor la prevalencia, así como en personas con menor nivel de escolaridad y con el antecedente familiar de diabetes, por lo que los resultados son útiles para la creación de programas que generen una promoción y prevención de la salud (Olaiz-Fernández, Rosalba, Aguilar-Salinas, Rauda y Villalpando, 2007).

La diabetes mellitus se ha vuelto un importante problema de salud en la población y específicamente en la población de adultos mayores, puesto que en México se ha incrementado la prevalencia y se relaciona con la edad, ya que la hiperglucemia posprandial se incrementa a razón de 10 mg/dL por cada 10 años de aumento en la edad y se asocia con complicaciones a largo plazo (Alpizar, Pizaña y Zarate, 1999).

Al ser una enfermedad no transmisible, nos percatamos que el origen de la diabetes mellitus tipo 2 tiene una etiología multivariada donde se conjuntan factores genéticos y ambientales, pero que principalmente es el estilo de vida quien juega un papel fundamental para el desarrollo de la enfermedad, es por esto que en marzo del 2001 hasta abril del 2002 se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en el Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS) del estado de México, para construir y validar un instrumento para medir el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se usó una muestra de 389 participantes y se obtuvo un α de Cronbach de 0.81 por lo que es un instrumento válido y confiable, para utilizar en futuras investigaciones (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Munguía-Miranda, 2003).

Ahora veamos cual es la autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, Alfaro, Carothers y González en el año 2006 realizaron un estudio transversal en 150 participantes de 60 años o más con diabetes mellitus tipo 2 y encontraron que más de la mitad de los participantes perciben una buena calidad de vida en familias extensas.

e) Hipertensión arterial

El incremento de la longevidad en los humanos, propicia los bajos niveles de calidad de vida, debido a que existe una mayor incidencia en las enfermedades crónicas entre las que se encuentran la hipertensión arterial (HTA), ya que es un proceso que exige a los adultos a adaptarse a una terapia sistemática que se basa en cambios drásticos en los estilos de vida a los que se encuentran acostumbrados, puesto que depende ellos el cumplir con el tratamiento médico y eliminar o disminuir los factores de riesgo asociados como el tabaquismo, el sedentarismo o la obesidad, ya que esto reduce las complicaciones y prolonga la vida. Un aspecto relevante e interesante es el hecho de considerar en el adulto mayor hipertenso cuales son las creencias, costumbres y hábitos que le permiten seguir las indicaciones terapéuticas una vez que le es diagnosticado la HTA (Mendoza, Muñoz, Merino y Barriga, 2006).

En investigaciones previas se ha encontrado que el género es predictor para el cumplimiento terapéutico, puesto que los hombres alcanzan mayores puntajes

de cumplimiento que las mujeres, sin embargo, las mujeres tienen menores probabilidades de cumplir al llegar a la edad adulta puesto que los roles de género se adecuan a que la mujer es quien cuida al esposo que es hipertenso y lo apoya, no obstante, si la mujer enferma no hay quien la apoye en su cuidado de salud (Mendoza et al., 2006).

En un estudio descriptivo transversal que utilizó una muestra de 1,461 adultos mayores hipertensos diagnosticados y tratados farmacológicamente, fueron seleccionados por muestreo probabilístico y se encontró que el control está asociado en los hombres a vivir en un área rural, ser soltero y realizar una actividad física, en tanto que para las mujeres se asoció al consumir alcohol de forma moderada (Tuesca-Molina, Guallar-Castillón, Banegas-Banegas y Graciani-Pérez, 2006).

En el 2011 LLibre, Laucerique, Noriega y Guerra realizaron un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 1,216 adultos mayores, donde determinaron la prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores, debido a que la HTA contribuye al 80% de muertes por enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en los adultos mayores de 65 años y más, concluyeron que hay que fortalecer la atención primaria de salud que se proporciona a los adultos mayores para mejorar la atención y control de la hipertensión arterial, ya que es clave para reducir la morbilidad y mortalidad de estas enfermedades cardiovasculares.

f) Cáncer

La incidencia del cáncer se incrementa precipitadamente en edades avanzadas, esto pasa en Cuba como en otros países desarrollados, el cáncer es una de las primeras causas de muerte, principalmente en grupos mayores, y a pesar de que

existen grandes esfuerzos e investigaciones por determinar la relación entre el envejecimiento y el desarrollo del cáncer aún no se ha podido esclarecer (García y Lage, 2006).

En el periodo de envejecimiento del adulto mayor van ocurriendo diversos cambios que afectan el funcionamiento y desarrollo, estos cambios pueden aparecer en distintos niveles y momentos, es decir desde la linfopoyesis hasta la respuesta final del sistema inmune frente a ciertas enfermedades, sabemos que la respuesta del sistema inmune adaptativo es la más afectada, específicamente por las células T efectoras, y estos cambios pueden generar un impacto negativo en la respuesta inmunológica de los adultos mayores frente a la inmunoterapia de cáncer (García y Lage, 2006).

Los defectos que se acumulan durante el envejecimiento involucran la inmunidad y afectan la función por ejemplo la producción de linfocitos en la médula ósea y en el timo se reduce y por lo tanto se disminuye la cantidad de celular vírgenes que están disponibles para reponer el repertorio en periferia (García y Lage, 2006).

Se ha encontrado una relación entre la edad y las variables religiosas y espirituales, ya que los adultos mayores realizan más prácticas religiosas e incluso reportan revelaciones religiosas (Echeverri, Porras y Ballesteros, 2004), por lo que sirve como apoyo para los adultos mayores, le otorga una esperanza a algo a que aferrarse y al mismo tiempo proporciona cierta seguridad de dejar el control a una divinidad.

g) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se utiliza para describir dos enfermedades pulmonares que se relacionan, la bronquitis crónica y el enfisema

pulmonar, la primera se caracteriza por la inflamación prolongada del interior de los bronquios es decir de los conductos de las vías respiratorias y el enfisema es el ensanchamiento y destrucción irreversible de los alveolos pulmonares, los principales síntomas del EPOC es tos crónica, un aumento en la expectoración y la disnea de esfuerzo entre otros (Vinaccia y Quinceno, 2011).

La EPOC al igual que otras enfermedades crónicas representan un problema de salud pública, debido a que esta aumentado en todo el mundo su morbilidad y mortalidad, durante las últimas tres décadas ha aumentado la mortalidad por EPOC en un 163%, incluso la OMS considera que para el año 2020 esta enfermedad ocupara el quinto lugar como causa de años de vida perdidos debido a la invalidez que provoca y el tercer lugar en cuanto a mortalidad (Vinaccia y Quinceno, 2011).

La calidad de vida en pacientes diagnosticados con EPOC se ve disminuida puesto que los sentimientos de energía y vitalidad están disminuidos por la presencia frecuente de cansancio y agotamiento por lo que el rendimiento esperado es menor en todas las actividades, y también se encontró que existe mayor dolor corporal y preocupación por la enfermedad y sentimientos de vulnerabilidad por lo que existen más respuestas emocionales negativas (Vinaccia y Quinceno, 2011).

h) Cardiopatía Isquémica

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en los ancianos. Más del 80% de las muertes en mayores de 65 años se deben a ellas, la mayoría por enfermedad coronaria, en relación tanto con síndromes coronarios agudos como con cardiopatía isquémica crónica (Velázquez et. al., 2007).

Además, la cardiopatía isquémica es responsable de gran parte de las necesidades de cuidados extrahospitalarios en la población de adultos mayores, siendo la segunda causa de deterioro funcional y de la pérdida de independencia. Es un hecho comprobado que la edad se relaciona no sólo con la prevalencia de la enfermedad coronaria, sino también con su gravedad (Pineda, Medina, Yuja y Lanza, 2016).

Los pacientes de edad avanzada tienen también con más frecuencia isquemia silente, debido a la mayor presencia de diabetes mellitus y neuropatías autonómicas en esta población, así como a la dificultad por parte de un porcentaje importante de adultos mayores de reconocer sus síntomas, o a la alta prevalencia de patologías osteoarticulares que pueden suponer una limitación importante en la movilidad de estos pacientes. Puesto que la cardiopatía isquémica es una enfermedad progresiva, su manejo también deberá serlo, adaptando su tratamiento a cada una de las fases por las que pase el anciano a lo largo de su enfermedad (Pineda et. al., 2016).

i) Artrosis

Los adultos mayores presentan problemas de trastornos músculo-esqueléticos y esto representa un problema mundial de salud pública, puesto que estos problemas afectan principalmente a los adultos mayores, y algunas estimaciones han mostrado la prevalencia de osteoartritis sintomática en rodilla y manos es de aproximadamente 30% en adultos mayores de 65 años, así como otras artropatías como la artritis reumatoide y las enfermedades microcristalinas, como la gota alcanzando también su máxima prevalencia en los adultos mayores (Álvarez-Nemegyei et al., 2006).

Se realizó un estudio en el que participaron 1,747 adultos mayores, siendo 68.6% mujeres y 31.4% hombres, de los cuales 498 tenían artropatía, se aplicaron los instrumentos de Katz modificada (actividades de la vida diaria) y de Lawton (actividades instrumentales de la vida diaria) y se asoció con una limitación para

realizar actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales de la vida diaria (Álvarez-Nemegyei et al., 2006).

j) Depresión y Ansiedad

La depresión tiene una prevalencia mundial en la población de adultos mayores que fluctúa de un 3 a un 5% (Díaz et al., 2002).

Se realizó una intervención cognitivo-conductual dirigido a un grupo de adultos mayores con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, el tratamiento tuvo la duración de un mes, con una frecuencia de dos sesiones por semana de dos horas cada una, participaron 38 adultos mayores de la ciudad de Santiago y las edades oscilaban entre 63 y 76 años de edad, que estaban diagnosticados con depresión leve y/o moderada y que presentaban síntomas ansiosos, fueron elegidos aleatoriamente para el grupo control y experimental, las principales técnicas utilizadas fueron la relajación progresiva, reestructuración cognitiva, psicoeducación y programación de actividades agradables, para el análisis de resultados se utilizó un diseño experimental multivariado de comparación de dos grupos, con mediciones pre, durante y post y se le dio seguimiento de dos semanas y al mes de finalizar la intervención. En los resultados se encontró que hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas $p < 0.05$ y el tamaño del efecto fue moderado-alto para ansiedad-estado (0.74) y depresión (0.68) y moderado para ansiedad-rasgo (0.52).

k) Deterioro cognitivo

La memoria es uno de los procesos mentales más complejos, ya que por medio de este fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo alguna vez en nuestra conciencia y hacemos un uso posterior de nuestra experiencia; es por esto, una condición indispensable para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan sin alteraciones (Pérez, 2015).

Los trastornos de la atención, el lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos) y la depresión, son los trastornos que con más frecuencia obstaculizan el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, llegando a veces a simular una demencia (Sánchez y Pérez, 2008).

Es importante ejercitar la atención y la percepción de los adultos mayores en su ambiente cotidiano, puesto que ambas funciones corticales superiores se encuentran relacionadas íntimamente con la capacidad de la memoria y son funciones neuropsicológicas implicadas en la actividad cognitiva, esto podría afectar diversas funciones como el hecho de perder la independencia e iniciar procesos de discapacidad, una vez que el deterioro cognitivo ha comenzado (Sánchez y Pérez, 2008).

Desde la perspectiva biológica se da una combinación de factores anatómicos, bioquímicos y genéticos, en trastornos como la hiperfagia, la desinhibición, las conductas estereotipadas (daño frontal) y la afectividad pseudobulbar (daño subcortical o en el tronco cerebral), encajan aceptablemente en el modelo biológico para el deterioro cognitivo (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert, 2012).

Los síntomas psicológicos que se dan en los adultos mayores son más complejos y elaborados desde el punto de vista mental, y estos se obtienen mediante entrevistas con los pacientes y sus cuidadores, ejemplos de esto son la depresión, la ansiedad e incluso la psicosis, en cuanto a los síntomas conductuales, que son las conductas que los cuidadores pueden observar de manera directa en los pacientes y se encuentra la agresividad, hiperactividad motora y la desinhibición, entre otros (Olazarán-Rodríguez et. al., 2012).

Durante la vida, las personas van desarrollando su personalidad y adquieren diversos recursos para poder afrontar los retos y las adversidades del día a día, como la identificación y resolución de problemas, las redes sociales que forman, el humor, las creencias entre otras, siempre estamos adaptando los rasgos de personalidad a los requerimientos del entorno, es por esto que cuando los adultos mayores van perdiendo sus capacidades cognitivas empiezan a compensarlo en un inicio con la puesta en juego de los recursos, sin embargo, los rasgos más básicos de la personalidad terminarán saliendo a flote como por ejemplo un adulto mayor suspicaz que no recuerda dónde dejó un objeto ya no será capaz de suprimir o de elaborar este rasgo de personalidad y mencionara que le han robado (Osborne, Simpson y Stockes, 2010).

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia que se dan a través del deterioro cognitivo en los adultos mayores, generan sufrimiento en los pacientes y en sus cuidadores, ya que agravan el deterioro cognitivo y funcional, y precipitan la institucionalización (Steinberg y Lyketsos, 2010).

Un aspecto a tomar en cuenta es que, si los adultos mayores comienzan a aislarse y por ende van perdiendo sus relaciones sociales, así como los estímulos

que estos le pueden generar con las actividades, el deterioro cognitivo ira progresando por lo que es relevante que se mantengan estas conexiones personales. El deterioro cognitivo se trata de un problema en parte evitable o prevenible, debido a que se desarrollan por la falta de conocimiento acerca de los factores que los generan y a la ausencia de una aproximación sistemática que impregne el ámbito médico, familiar, social e institucional en centros de día y residencias. (Olazarán-Rodríguez et. al., 2012). De hecho, son los cuidadores ya sean familiares o profesionales, los que desempeñaran un papel fundamental tanto en la prevención como en la causa o mantenimiento y desarrollo del deterioro cognitivo.

En la vida diaria, el manejo de los síntomas dependerá en muchas ocasiones de la capacidad y voluntad de los cuidadores y de las instituciones para colaborar en medidas ambientales, organizativas y de manejo no farmacológico. Las medidas ambientales suelen ser las más fáciles de implementar ya que a mayor capacidad y compromiso de los cuidadores y de las instituciones como asilos o casas de día, la utilización de estas medidas y la implementación de programas de estimulación y el empleo de terapias no farmacológicas será mayor, lo que redundará en un menor uso de fármacos y evitará complicaciones no deseadas. (Olazarán-Rodríguez et. al., 2012).

La sociedad requiere de adultos mayores sanos, y son los profesionales de la Atención Primaria de Salud, quienes tenemos la responsabilidad social de desarrollar acciones de prevención y rehabilitación del deterioro mental en el adulto mayor, a través de distintas herramientas, porque su salud y calidad de vida están muy relacionadas con un adecuado funcionamiento cognitivo (Sánchez y Pérez, 2008).

Actividades de la Vida Diaria

Rodriguez, Tabares, Jiménez, López y Cervantes (2014) proponen realizar una evaluación geriátrica integral, para de esta manera poder ver de una forma más objetiva las ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor, en cuanto a las actividades diarias que presentan los adultos mayores. Puesto que, en el año 2009, Acosta hace referencia de que las actividades de la vida diaria funcionan como elementos esenciales para medir la calidad de vida puesto que mostrara las capacidades funcionales de estos.

Acosta y González-Celis (2013) a partir de una experiencia de dos grupos focales, logran generar ejemplos de las distintas actividades recreativas mentales, físicas, sociales de independencia y de protección a la salud fue así como crearon el Inventario de Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores (INACVIDIAM).

Hay una discapacidad presente en la mayor parte de los adultos mayores, aunque frecuentemente hay independencia en sus actividades diarias y esto está relacionado con la incorporación social con la que cuentan y al impulso de las actividades, es por esto que se debe mantener a los adultos mayores con un nivel de independencia en sus actividades diarias para que se sientan útiles para ellos mismos, su familia y la sociedad y por consiguiente tengan un mayor bienestar y calidad de vida (Leonardo, Miranda y Hernández, 2010).

La actividad física es primordial para tener una buena calidad de vida sin embargo no siempre que hay falta de esta actividad es solo por decisión propia, se tendrá que tomar en cuenta cuales son las barreras que existen para que los adultos mayores no lleven a cabo la actividad física e intentar solucionar esas barreras para reducir las limitaciones (Moschny, Platen, Klaaßen-Mielke, Trampisch y Hinrichs, 2011).

Salgado-de Snyder y Wong (2007) proponen desarrollar medidas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, haciendo una diferenciación por género, debido a que cada uno requiere de aspectos diferentes, ya que cada uno enfrenta sus propios riesgos y cada uno refleja los valores socioculturales que marcan sus estilos de vida y por ende su calidad de vida, incluso podemos observar una diferencia significativa en el área nutricional por parte de las mujeres que han quedado viudas o viviendo solas, junto con los adultos mayores que se quedaron con estudios básicos (Montejano, Ferrer, Clemente y Martínez-Alzamora, 2013), esto ocurre en personas no institucionalizadas, pero nos sirve como base para poder explicar la importancia de una adecuada alimentación y como beneficia en la calidad de vida, logrando así una aceptación por parte de la comida que se les proporciona en la institución.

Institucionalizados

En las instituciones geriátricas muchos de los adultos mayores que ingresan presentan algún tipo de enfermedad, por lo que también se han realizado investigaciones en torno a esta problemática, en la enfermedad de Parkinson, se comprobó si las actividades físicas mostraban un cambio positivo en los aspectos psicológicos, y obtuvieron resultados similares a los adultos mayores sin esta enfermedad (Cruise et al., 2011).

Otra de las enfermedades que afectan a los adultos mayores es la pérdida de la audición que se presenta frecuentemente en la mayoría de las instituciones geriátricas, se encontró que la reducción en el rendimiento cognitivo está asociado a la pérdida de la audición, cuando se pierden 25dB se reduce por 7 años de edad la cognición, sin embargo faltan realizar más investigaciones, para determinar si la pérdida de audición se puede modificar o al contrario es una alerta de riesgo de deterioro cognitivo (LIn, 2011).

Wettstein et al. (2015) identificaron las diferencias en los comportamientos de una comunidad de adultos mayores, con deterioro cognitivo, bajo tres niveles de complejidad, y encontraron diferencias significativas entre los adultos mayores que presentaban ya la enfermedad de Alzheimer, contra personas cognitivamente sanas.

En un estudio cualitativo que se realizó con dos grupos de mayores, institucionalizados y en el entorno familiar, se analizó la calidad de vida autopercebida entre estos dos grupos para observar las diferencias o similitudes entre la autopercepción de hombres y mujeres, así como los factores que influyen en la misma, encontraron que los adultos mayores realizan declaraciones positivas en cuanto a su calidad de vida, pero creen que los motivos de institucionalización están relacionados con elementos negativos hacia la calidad de vida ya que tienen que ver con la viudedad o la enfermedad, en ambos grupos se observa que la salud es la preocupación principal, y no se encontraron diferencias significativas de género (Sánchez y Romero, 2004).

En Brasil realizaron un estudio epidemiológico transversal con 77 adultos mayores que residían en instituciones, con el objetivo de poder evaluar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores en dos instituciones de larga estancia, así como identificar cuáles son las variables sociodemográficas y de salud intervienen en esta percepción, aplicaron los instrumentos de WHOQOL-bref y el WHOQOL OLD, de acuerdo a sus resultados concluyeron que los adultos mayores que son más jóvenes en la institución y que tienen mayores niveles de escolaridad, así como mayor interés por las actividades físicas y de ocio, tienen en promedio una mejor percepción de su calidad de vida, se recomienda capacitar a los encargados de las instituciones para que puedan desarrollar estrategias que permitan promover la adaptación y el mantenimiento de la calidad de vida (Vitorini, Paskulin y Vianna, 2012).

Debido a que la esperanza de vida ha aumentado se hace importante realizar

una diferencia entre las personas mayores de 60 a 79 años y las personas muy-mayores que serían de 80 años o más, es por esto que en la investigación de Gutiérrez, Tomás, Sancho, Galiana y Francisco (2014) exploran el efecto de la edad, el género y de la institucionalización sobre la salud percibida y la satisfacción con la vida, su muestra fue de 1003 personas, encontraron que las personas muy-mayores y las institucionalizadas, reportan niveles más bajos en satisfacción con la vida y la salud percibida, se encuentra una diferencia en la satisfacción vital entre los adultos institucionalizados y no institucionalizados, sin embargo esta diferencia desaparece cuando superan los 80 años, y también se encontró que hay una menor satisfacción con la vida en las mujeres que se encuentran en este rango de edad.

2.- PROGRAMAS DE SALUD:

Romero, Orozco y Méndez-Magaña en el año 2013 realizaron un estudio cuasi-experimental con un diseño pretest-posttest aplicando un cuestionario sobre calidad de vida (Q-Les-Q), el estudio lo realizaron en el Centro Metropolitano del Adulto Mayor (CEMAM), Zapopan, México. Nombraron al taller “Renacer: Reencuentro con los sentimientos” tenía una duración de 11 semanas, sus resultados fueron significativos de acuerdo al estadístico U de Mann-Whitney, por lo que concluyen, que el taller funciona para la participación social y mejora la calidad de vida en los adultos mayores.

Intervención psicológica

Rodríguez, Valderrama y Molina (2010) plantean una propuesta de intervención psicológica dirigida a adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, basándose en la situación actual del adulto mayor y los estudios que se han realizado, se enfocan principalmente en lo relacionado con el diseño de

programas de intervención y su propuesta pretende mejorar la calidad de vida y las diversas áreas del funcionamiento del adulto mayor. La limitante de este estudio es que no lo llevan a la práctica para ver si realmente funciona.

a) Terapia Cognitivo-Conductual

En tanto que en el 2004, Uribe, Padilla y Ramírez realizan una investigación en donde buscan determinar la efectividad de una intervención psicológica cognitivo conductual para el mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, aplicaron un cuestionario de calidad de vida que evaluaba cuatro áreas: física, psicológica, social e institucional antes y después de la intervención, su muestra fue de 12 adultos mayores con edades entre los 60 y los 86 años, el tiempo que llevaban institucionalizados abarcaba desde los 3 meses hasta los 9 años, encontraron un cambio significativo en la percepción de la calidad de vida en las áreas física, psicológica, autoestima del área psicológica y social, no hubo diferencias por género, y concluyen que la intervención psicológica cognitivo conductual es una alternativa efectiva para el mejoramiento de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados pertenecientes a la muestra, sin embargo la limitante de este estudio es que es una muestra muy pequeña.

b) Técnicas de relajación

La relajación progresiva de Jacobson es una técnica que se utiliza con el objetivo de enseñar a las personas a concentrarse en las sensaciones que se provocan al contraer y relajar los pequeños grupos musculares, puesto que, mediante la tensión y la distensión de varios grupos musculares, las contracciones musculares podrían ser eliminadas llevando a las personas a un estado de relajación profundo (Beck, 2013).

c) Dinámicas grupales

En un estudio se probó la efectividad de las técnicas de relajación, terapia ocupacional y dinámicas grupales para mejorar la autoestima de los adultos mayores de una casa-hogar para jubilados, se realizó una aplicación de una prueba de autoestima pretest y posttest ante la intervención realizada, en 17 adultos mayores, las actividades que llevaron a cabo fueron ejercicios musicales, juegos de mesa, manualidades y sesiones de intercambio de experiencias y que pudieran expresar sus sentimientos, los resultados obtenidos fueron favorables puesto que se incrementaron los niveles de autoestima y la calidad de vida de los participantes (Mazadiego et al., (2011).

d) Psicoeducación

Se realizó un estudio pre-experimental para construir e implementar un programa de intervención educativa, el objetivo era promover la asertividad en el adulto mayor, se trabajó con seis círculos de adultos mayores del Grupo Básico de Trabajo No.1 del Consejo Popular Indalecio Montejo perteneciente al Área Norte de la Ciudad de Ciego de Ávila. Los resultados que obtuvieron fueron satisfactorios, de acuerdo al incremento de las conductas asertivas logrando elevar la autoestima de los participantes y disminuir la violencia familiar, utilizaron un estadístico de chi cuadrada para evaluar los resultados (Fernández, Pérez y Fernández, 2012).

Modelo de Envejecimiento Exitoso

El primer autor en mencionar el término envejecimiento exitoso fue Havighurst en 1961, y ha sido reconocido por Rowe y Khan (1987) como un término holístico. El envejecimiento más que un concepto enmarca una aspiración del ser humano, que es el deseo de envejecer de una manera adecuada y sin dolor o con el mínimo sufrimiento, puesto que en general admiramos a aquellos adultos mayores que muestran bienestar, realización personal, vivacidad y vigor preservados.

Neri y Cachioni en 1999, mencionan que existen tres connotaciones generales para la definición del envejecimiento exitoso, la primera se refiere a la realización del potencial individual que es capaz de generar satisfacción física, psicológica y social de acuerdo al individuo, la segunda toma parámetros del envejecimiento exitoso el funcionamiento que más se acerque a la población joven y se realiza de acuerdo a las prácticas de salud educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento y por último la tercera se refiere a la identificación de comportamientos con personas que poseen un buen desempeño en sus actividades.

Finalmente es el adulto mayor sobre quien recae la responsabilidad de preservar su salud y evitar la enfermedad, debido a que exponen el envejecimiento exitoso como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y estar decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en diversas actividades significativas (Brigeiro, 2005).

Inventario de Calidad de Vida y Salud

El inventario calidad de vida y salud consta de 53 reactivos de opción múltiple,

escala de tipo Likert constituidos por seis opciones de respuesta y el porcentaje correspondiente: nunca (0%), casi nunca (20%), pocas veces (40%), frecuentemente (60%), casi siempre (80%), siempre (100%). El instrumento es el resultado de estudios previos (Sánchez- Sosa y González-Celis, 2006) que incluyeron establecimiento de su validez por doce jueces expertos en el área, discriminabilidad de los ítems entre valores altos y bajos de la dimensión, dos procesos de refinamiento y construcción de nuevos ítems para la conformación de áreas considerando la impresión clínica de pacientes, del personal de salud, y de psicólogos con experiencia en el manejo de condiciones crónicas. Se realizaron series de análisis factoriales con los diferentes reactivos hasta lograr la mejor composición con el menor número de reactivos posible por área. Su estructura y composición en términos de factores arrojó doce áreas con cuatro reactivos cada una, que explicaron el 68.76% de la varianza con rotación varimax. Finalmente se estableció su validez concurrente con el WHO-QoL Bref en su versión adaptada para México (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003).

En vista de los estudios presentados en cuanto a calidad de vida, adultos mayores, actividades de la vida diaria, institucionalizados y programas que se han llevado a cabo con resultados favorables, se procederá a realizar un estudio pre-test y post-test con dos grupos, control y experimental, aplicando un programa psicoeducativo para reforzar e incrementar los aspectos favorables que permitan aumentar los niveles de calidad de vida en los adultos mayores.

CAPITULO III

METODO

La pretensión del presente trabajo es implementar un programa psicoeducativo de 8 sesiones a los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, con la aplicación respectiva pre-test y post-test al grupo control y experimental para comparar los grupos y ver si existe alguna diferencia.

Para realizar lo anterior se utilizó un diseño cuantitativo, cuasi-experimental de tipo transversal que permite comparar los dos grupos de adultos mayores, al grupo experimental que participo en el programa psicoeducativo y al grupo control que no se aplicó el programa.

PARTICIPANTES

Para el presente estudio participaron 40 residentes de la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, que aceptaron participar voluntariamente y se distribuyeron en dos grupos el control y el experimental, conformado por 20 participantes cada uno, siendo del sexo femenino todas las participantes, las edades oscilaron entre los 60 a 94 años de edad, con una media de 82 años y una desviación estándar de 7.31.

En cuanto al tiempo de estancia que tienen como residentes en la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, el 30% llevaba 1 año, el 15% 2 años, el 17.5% de 3 a 5 años, el 30% de 6 a 14 años y el 7.5% de 15 años en adelante.

El 80% de los ingresos de las residentes fueron de forma voluntaria, mientras que solo un 20% fueron ingresadas a petición de los familiares.

De acuerdo al estado civil, 30% de las participantes son solteras, 12.5% casadas, 50% viudas y 7.5% divorciadas. El 67.5% tenía hijos y el 32.5% no tenía hijos.

El nivel educativo que presentaban las participantes fue el siguiente, 25% contaba con estudios de primaria, el 2.5% con estudios de secundaria, el 57.5% realizaron alguna carrera técnica, el 12.5% contaba con licenciatura y el 2.5% con estudios de posgrado.

Debido a que la muestra es no probabilística, se procuró mantener la igualdad de condiciones para todos los residentes al momento de aplicar los instrumentos.

INSTRUMENTOS

Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa), (2009) de los autores Angélica Riveros Rosas, Juan José Sánchez-Sosa y Mark del Águila, se utilizó el para evaluar la calidad de vida, que considera 12 áreas: Preocupaciones, Desempeño físico, Aislamiento, Percepción corporal, Funciones Cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre, Vida cotidiana, Familia, Redes sociales, Dependencia médica y Relación con el médico, y una escala visual análoga de Bienestar y Salud. El inventario también cuenta con una sección de cuatro reactivos dedicados a comentarios generales como: tipo de padecimiento o ausencia de, y dos preguntas sobre hechos recientes, ya sean estresores cotidianos (disgustos, problemas de salud, etc.) o mayores (muerte de alguien cercano, separación, etc.) ocurridas en la última semana o seis meses en el caso de los mayores. También contiene una hoja de datos generales de carácter socioeconómico y espacio para cualquier comentario general.

La consistencia interna de cada área se estableció con el coeficiente alfa de Cronbach; todas las áreas mostraron adecuada consistencia interna, los coeficientes alfa oscilaron entre .683 y .934.

Programa psicoeducativo de 8 sesiones.

PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó en 3 fases, la primera fue aplicar el inventario para tener datos pre-test, posteriormente la segunda fase consistió en aplicar el programa psicoeducativo a uno de los grupos y finalmente en la tercera fase se volvió a aplicar el inventario a los dos grupos, para poder realizar una comparativa entre los grupos y determinar si existe una diferencia significativa en los resultados post-test (Anexo 1).

Diseño utilizado

Se utilizó un diseño cuantitativo, cuasi-experimental y transversal, con dos grupos control y experimental con 20 participantes cada uno, a ambos grupos se les aplicó pre-test y post-test para tener medidas exactas y poder realizar una comparación intra e inter grupos.

Recolección de Datos

El programa psicoeducativo de Calidad de Vida para Adultos Mayores, se implementó en la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, a través de trabajo social se realizó una invitación a los residentes del asilo que desearan participar en el proyecto, a los que aceptaron participar se les proporcionó un consentimiento informado y una propuesta de participación por escrito a cada uno de los participantes para llevar a cabo el protocolo ético, posteriormente se recabó datos a través del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) en una población de 40 adultos mayores, posteriormente se llevó a cabo la

implementación del programa psicoeducativo por parte del psicólogo a cargo, el cual consiste en 8 sesiones de 90 minutos cada una, que se llevó a cabo los jueves a las 3:30pm.

Aspectos éticos

Los datos se rigieron bajo el parámetro de confidencialidad, así mismo se les proporciono una carta donde se explicaba todo el proceso de investigación y ellas autorizaron dando el consentimiento informado.

Análisis de Datos

Se determinaron los niveles de alpha de Cronbach para detectar si el inventario es confiable, posteriormente se llevó a cabo al análisis de distribución normal mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov, una vez que se detectó que las diferencias de las áreas no se distribuían con normalidad, se procedió a utilizar la prueba no paramétrica Wilcoxon para la comparación pre-test y post-test.

Para la comparación entre grupo control y experimental, dos de las áreas se distribuían con normalidad según *K-S* por lo que se utilizó la prueba paramétrica *t* de student para muestras independientes y para las demás áreas se compararon los grupos con el estadístico *U* de Mann-Whitney.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Niveles de áreas de Calidad de Vida y Salud en Adultos Mayores Institucionalizados

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos que se obtuvieron en la aplicación pre-test, así como los índices de confiabilidad y si existe una distribución normal o no en los datos recolectados, para el conjunto de los 40 participantes.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos del InCaViSa Pre-Test

Escala	Mediana	Media	<i>D.E.</i>	C.V. %	Alfa	<i>K-S</i>
Preocupaciones	4.00	4.35	3.31	76.10	.799	.200
Desempeño Físico	11.50	10.80	4.59	42.50	.836	.040
Aislamiento	2.00	1.98	1.83	92.42	.633	.000
Funciones Cognitivas	7.00	8.10	3.36	41.48	.696	.019
Actitud ante el Tratamiento	4.00	4.33	3.54	81.75	.834	.025
Familia	18.00	17.95	1.41	7.85	.462	.001
Tiempo Libre	3.00	3.05	2.16	70.82	.430	.058
Vida Cotidiana	2.00	1.95	1.65	84.62	.580	.039
Dependencia Médica	6.50	7.20	4.23	58.75	.857	.200
Relación Médica	9.00	8.70	3.19	36.67	.598	.055
Redes Sociales	18.00	17.38	1.98	11.39	.573	.000

En la tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos que se obtuvieron en la aplicación post-test, así como los índices de confiabilidad y si existe una distribución normal o no en los datos recolectados, de los 40 participantes.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del InCaViSa Post-Test

Escala	Mediana	Media	<i>D.E.</i>	C.V. %	Alfa	<i>K-S</i>
Preocupaciones	4.50	4.43	2.69	60.72	.654	.200
Desempeño Físico	11.00	10.95	4.28	39.09	.847	.200
Aislamiento	2.00	2.23	2.04	91.48	.620	.010
Percepción Corporal	2.00	2.25	2.19	97.33	.615	.001
Funciones Cognitivas	6.00	6.48	2.93	45.22	.691	.049
Actitud ante el Tratamiento	3.50	4.40	3.18	72.27	.764	.003
Familia	18.00	18.20	1.44	7.91	.506	.002
Tiempo Libre	3.00	2.93	1.98	67.58	.512	.064
Vida Cotidiana	2.00	1.88	1.60	85.11	.542	.002
Dependencia Médica	6.00	6.35	3.38	53.23	.657	.200
Relación Médica	9.00	8.73	3.27	37.46	.693	.000
Redes Sociales	18.00	17.68	1.80	10.18	.612	.005

Diferencias Pre-test y Post-test en las áreas de Calidad de Vida y Salud en Adultos Mayores Institucionalizados

Debido a que en ninguna de las 12 áreas del InCaViSa se distribuyeron con normalidad en la diferencia de la aplicación pre-test y post-test de acuerdo a la

prueba *K-S* ($p = .000$) se realizó la prueba no paramétrica, de Wilcoxon para detectar cuales son las áreas que indiquen algún cambio después de la aplicación del programa.

Se encontró que solo en el área de funciones cognitivas hubo una diferencia estadísticamente significativa ($z = -3.685$; $p = .000$).

Diferencias entre grupo control y experimental en las áreas de Calidad de Vida y Salud en Adultos Mayores Institucionalizados

Para evaluar la diferencia entre los puntajes de las áreas del InCaViSa entre grupo control y experimental se llevó a cabo un análisis de comparación de muestras independientes. De acuerdo a los resultados obtenidos con la prueba de *K-S* el área de preocupación se distribuyó con normalidad en los dos grupos ($p > .05$), por lo cual se utilizó la prueba *t* de student para grupos independientes.

Como primer paso, se contrasto el supuesto de igualdad de varianzas con el estadístico de Leven. Dando como resultado homogeneidad de varianzas entre los dos grupos ($p = .678$). Los resultados obtenidos por la prueba *t* para dos muestras independientes mostraron que en el área de preocupaciones existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental ($t_{(38)} = -3.376$; $p = .002$)

El área de tiempo libre se distribuyó con normalidad en los dos grupos de acuerdo a los resultados obtenidos con la prueba de *K-S* ($p > .05$), por lo cual se utilizó la prueba *t* de student para grupos independientes.

Como primer paso, se contrasto el supuesto de igualdad de varianzas con el estadístico de Leven. Dando como resultado homogeneidad de varianzas entre los dos grupos ($p = .901$). Los resultados obtenidos por la prueba *t* para dos

muestras independientes mostraron que en el área de tiempo libre existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental ($t_{(38)} = -3.797$; $p = .001$).

En la tabla 3 se muestran los resultados de las áreas que no se distribuyeron con normalidad de acuerdo a la prueba de *K-S* ($p = .000$) por lo que se realizó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney para evaluar las diferencias entre las áreas respecto al grupo control y experimental, encontrando datos estadísticamente significativos.

Tabla 3. Diferencias entre grupo control y experimental U de Mann-Whitney

Escala	Grupo	Media	D.E.	<i>z</i>	<i>p</i>
Desempeño Físico	Control	8.40	3.55	-4.01	.000
	Experimental	13.50	3.38		
Aislamiento	Control	3.10	1.62	-3.210	.001
	Experimental	1.35	2.08		
Percepción Corporal	Control	2.80	1.96	-2.273	.023
	Experimental	1.70	2.32		
Funciones Cognitivas	Control	7.50	2.58	-2.711	.007
	Experimental	5.45	2.96		
Familia	Control	17.50	1.15	-3.034	.002
	Experimental	18.90	1.37		
Vida Cotidiana	Control	2.40	1.23	-2.356	.018
	Experimental	1.35	1.78		
Relación Médica	Control	10.10	1.45	-2.362	.018
	Experimental	7.35	3.99		
Redes Sociales	Control	17.05	1.76	-2.185	.029
	Experimental	18.30	1.66		

Cada grupo estuvo conformado por 20 participantes.

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se eligió un programa psicoeducativo debido a que se consideró que este tipo de intervención pudiera producir mayores efectos positivos en los adultos mayores institucionalizados, de acuerdo al tiempo que se disponía por parte de la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús, para impartir las sesiones de 90 minutos, por lo que se llevaba a cabo la psicoeducación y posteriormente se realizaron debates para afianzar el conocimiento adquirido y al mismo tiempo incrementar las relaciones vinculares entre los compañeros logrando de esta manera, tener el apoyo entre los pares y poder seguir conviviendo de una forma adecuada y positiva, puesto que vimos con anterioridad que el impacto negativo tiene tres veces mayor fuerza que uno positivo (Meisner, 2012), por lo que hay que mantener y propiciar un clima positivo que los permita tener una calidad de vida satisfactoria.

No obstante, también se utilizaron dinámicas grupales, puesto que uno de los objetivos del programa psicoeducativo es poder incrementar y mantener las relaciones sociales, puesto que al vivir en la misma residencia el contacto es diario, sin embargo, las relaciones no siempre son adecuadas, o no existe una amistad y el poder propiciarla generó mayor seguridad en los residentes y por tanto mejoró la calidad de vida, esto se compara con los resultados encontrados por (Mingorance y Torres, 2004; Uribe, et. al., 2004; Urzúa, et. al., 2011; Romero, et. al., 2013; Castellano, 2014; Huxhold, et. al., 2014) donde se abordan como las redes sociales que preservan los adultos mayores tienen un beneficio en su salud y calidad de vida.

Dar énfasis a las relaciones sociales surgió como respuesta a la problemática que se encontró en diversos estudios (Hawton et al. 2011; Perissinotto, Genzer y Covinsky, 2012; Steptoe, Shankar, Demakakos y Wardle, 2013) que proponían que la soledad en adultos mayores trae como consecuencia la depresión y esto influye de una forma negativa en su calidad de vida.

Y la pérdida de relaciones sociales muestra también una disminución de las funciones cognitivas (Olazarán-Rodríguez et. al., 2012), por lo que vemos que al estimular las relaciones sociales y conjuntarlas con reforzamiento de actividades cognoscitivas, se elevaron los niveles de funciones cognitivas y redes sociales en el grupo experimental.

De acuerdo a los resultados encontrados en el área de funciones cognitivas, observamos que existe una diferencia estadísticamente significativa en la aplicación pre-test y post-test, así como también una diferencia entre el grupo experimental y el grupo control; la Casa de Reposo Sagrado Corazón de Jesús hace hincapié en reforzar las funciones cognitivas de todos los residentes, por medio de actividades diarias, es por esto que pudiera haber una diferencia en el antes y el después, no obstante, el grupo experimental muestra un mejor funcionamiento en las funciones cognitivas, en comparación con el grupo control, debido a que estas funciones fueron reforzadas durante la sesión 5 del programa psicoeducativo, y esto se refleja en una mejor calidad de vida en los residentes como lo señala Sánchez y Pérez, 2008.

Al reforzar las relaciones sociales entre los adultos mayores, se observó que hubo un mayor acercamiento entre las participantes, llegando incluso a convivir entre ellas fuera de las sesiones, es decir, en el tiempo que tenían libre se ponían de acuerdo para salir a tomar un café, ir a comer o ir algún tipo de evento, esto trajo como consecuencia que el grupo experimental disfrutara con mayor facilidad

de su tiempo libre (Lardiés-Bosque et al., 2013; Giai, 2015).

En cuanto a la vida cotidiana, el vínculo establecido durante la sesión 2 favoreció para que compartieran tips sobre ayuda para facilitar algunas de las actividades de la vida diaria, esto trajo como resultado la mejora de capacidades funcionales, por lo que disminuyó la dependencia hacia el personal del asilo (Azpiazu, et. al., 2002; Acosta, 2009; Acuña-Gurrola y González-Celis, 2010; Leonardo, et. al., 2010) así mismo tuvieron una percepción más positiva de la vejez, al sentir el apoyo entre pares.

Otra red de apoyo social con la que cuentan las participantes es su familia y se vio reflejado en los resultados obtenidos, Castellano (2014) menciona que este apoyo por parte de la familia, otorga al adulto mayor un factor de protección ante situaciones que pudieran llegar a generar estrés y mermar la calidad de vida.

Sin embargo, también se les enseñó a utilizar técnicas de relajación, que se tomaron con la función de poder otorgar herramientas extras para relajarse en momentos difíciles o angustiantes, cuando la familia no pueda proveer esa función protectora, debido a que en ocasiones, son los hijos quienes vienen a contar sus problemas a los padres que se encuentran en los asilos y ellos al no poder hacer algo al respecto tienden a incrementar sus niveles de preocupación que disminuyen su calidad de vida, es por esto que se decide optar por agregar una sesión de relajación para que puedan utilizarla cuando lo consideren conveniente (Mazadiego et al., 2011).

Como conclusión final diremos que las redes sociales influyen de manera positiva e impactan en las distintas áreas que componen la calidad de vida,

principalmente en las funciones cognitivas, la vida cotidiana y el tiempo libre, por lo que les permite salir adelante y seguir impulsándose para disfrutar de su vida, creando un sentimiento de independencia gracias al apoyo proporcionado y una sensación de utilidad entre pares.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Se recomienda ampliar la muestra de estudio para contar con mayores datos, así como también poder incluir a adultos mayores varones, puesto que para este estudio se tuvo la limitante de solo contar con mujeres.

Se recomienda incluir otras instituciones de adultos mayores, así como también comparar las diferencias de calidad de vida entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados y la diferencia que existe con los centros de día.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acevedo, J., González, J., Trujillo, M., y López, M. (2014). El adulto mayor en situación de vulnerabilidad: percepciones sobre su calidad de vida en Saltillo, Coahuila, México. *Revista Perspectivas sociales / Social Perspectives*, 16(1), 73-97.
- Acosta, C. (2009). El inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En R. A. L. González-Celis (Coor.): *Evaluación en Psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- Acosta, C., y González-Celis, A. (2013). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19(2), 289-293.
- Acosta, A., y García, R. (2013). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291-300.
- Acuña-Gurrola, M., y González-Celis, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 2(2), 71-81. doi:10.5460/jbhsi.v2.2.26792
- Alfaro, N., Carothers, M., y González, Y. (2006). Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*, 8, 152-7.
- Alonso, P., Sansó, F. J., Díaz-Canel, A. M., Carrasco, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1), 0-0.
- Alpízar, M., Pizaña, J. y Zárata, A. (1999). La diabetes mellitus en el adulto mayor. *Revista médica IMSS*, 37(2), 117-25.
- Álvarez-Nemegyei, J., Esperón-Hernández, R., Herrera-Correa, G. y Nuño-Gutiérrez, B. (2006). Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 44(5), 403-407.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), 313-329.

- Arita, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N., y 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*, 76(6), 83-699.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N. y Álvarez, C. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria*, 31(5), 285-292.
- Balboa-Castillo, T., León-Muñoz, L. M., Graciani, A., Rodríguez-Artalejo, F., & Guallar-Castillón, P. (2011). Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health Qual Life Outcomes*, 9, 47.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Brigeiro, M. (2005). Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 23(1), 102-9.
- Casado, J. M., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J. y Gómez- Calcerrada, R. M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(3), 167-173.
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Becerra-Martínez, D., Godoy-Sierra, Z., Pérez-Ríos, N. y Moreno-Gómez, M. (2007). Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 33-37.
- Beck, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de

Brouwer.

- Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: Contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(5), 268-275.
- Corrales, D., Palomo, L., Bravo, M. M., Alonso, G., Torrico, P., Barroso, A., ... Merchán, V. (2004). Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Atención Primaria*, 33(8), 426-433.
- Cruise, K. E., Bucks, R. S., Loftus, A. M., Newton, R. U., Pegoraro, R. & Thomas, M. G. (2011). Exercise and Parkinson's: benefits for cognition and quality of life. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123(1), 13-19. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2010.01338.x
- Curcio, C. L., Gómez, J. F. y García, A. (2014). Caídas y capacidad funcional entre ancianos que realizan y no realizan ejercicio. *Colombia Médica*, 29(4).
- da Costa, R. G., da Silva, A. y de Oliveira, B. (2015). ¿Es la vejez una enfermedad? Percepción de profesionales de la salud/Is the Old Age a Disease? Perceptions of Health Professionals. *Anales en Gerontología*, 7(7), 1-25.
- De-Juanas, Á., Limón, M. y Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. Analysis of psychological well-being, perceived health status and quality of life in older adults. *Pedagogía social*, (22), 11. DOI: 10.7179/PSRI_2013.22.02
- De León-Arcila, R., Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo-Cedano, R. E., y Escartín-Chávez, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277-284.
- Díaz-López, R. C. y Llerena-Álvarez, Á. (2010). Principales manifestaciones de la violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud: Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Junio 2008-junio 2009. *Revista*

- Médica Electrónica*, 32(4), 0-0.
- Díaz, M., Martínez B. y Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 19-25.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Domínguez, R. G., y Avilés, A. G. P. (2012). Fragilidad: prevalencia, características socio demográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores Fragility: Prevalence, Social Demographic and Health Characteristics, and Association with Quality of Life in Elderly People Fragilidade: características socio demográficas, prevalência e saúde. *Atención Familiar*, 19(1).
- Duran, A., Uribe, A., González, A. y Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Univ Méd Bogotá*, 51, 16-28.
- Durán, S., Mattar, P., Bravo, N., Moreno, C. y Reyes, S. (2014). Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(11).
- Echeverri, M. R. M., Porras, C. M., y Ballesteros, B. P. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Universitas Psychologica: La Revista*, 3, 231-246.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J. y Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502, 0-0
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6(1), 21-35.
- García, B., y Lage, A. (2006). Inmunosenescencia: implicaciones para la inmunoterapia de cáncer en los adultos mayores. *Biotechnología Aplicada*, 23(3), 186-193.
- Giai, M. (2015). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 67-76.

- González-Celis, A. (2010). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Instituto Nacional de Geriatria, 366-375 Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/34.pdf>
- González-Celis, A., y Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 43-58.
- González, R., Núñez, L., Hernández, O. & Betancourt, M. (2015). Sexualidad en el adulto mayor. Mitos y realidades. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(4).
- Gutiérrez, M., Tomás, J. M., Sancho, P., Galiana, L., y Francisco, E. H. (2014). Perception of quality of life in an elderly Angolan sample/Percepción de calidad de vida en una muestra de ancianos angoleños. *Revista de Psicología Social*, 29(2), 346-370.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., ... & Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57-67. DOI 10.1007/s11136-010-9717-2
- Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. (2014). Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 366-375. DOI:10.1093/geronb/gbt029.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015) Mujeres y hombres en México 2014. Recuperado de http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/frontpage/redes_sociales/myh_2014.pdf
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Palmer, B. W., ... & Depp, C. A. (2014). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*.
- Lardiés-Bosque, R., Rojo Pérez, F., Rodríguez Rodríguez, V., Fernández-Mayoralas, G., Prieto Flores, M. E., Ahmed Mohamed, K., y Rojo Abuín, J.

- M. (2013). Actividades de ocio y calidad de vida de los mayores en la Comunidad de Madrid. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 63, 323-437.
- Leonardo, M., Miranda, A. y Hernández, L. (2010). Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente " Hermanos Cruz". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(2), 0-0.
- Lesende, I. M. (2005). Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. *Atención Primaria*, 36(5), 273-277.
- Lesende, I. M., Gorroñoigoitia, A., Gómez, J., Baztán, J. J. y Abizanda, P. (2010). El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Atención Primaria*, 42(7), 388-393.
- Limón, M. y Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores Active aging and improvement the quality of life in older adults. *Revista de Psicología y Educación* (6), 225-238.
- Lin, F. R. (2011). Hearing loss and cognition among older adults in the United States. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(10), 1131-1136. DOI:10.1093/gerona/glr115
- Llibre, J., Guerra, M. y Perera, E. (2008). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista cubana de medicina general integral*, 24(4), 0-0.
- Llibre, J., Laucerique, T., Noriega, L., y Guerra, M. (2011). Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina*, 50(3), 242-251.
- López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., y Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4), 259-267.
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M., y Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55, S323-S331.

- Marín, M., Troyano, Y. y Vallejo, A. (2001). Percepción social de la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(2), 88-90.
- Marrero, S. (2014). Influencias terapéuticas del optimismo en las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Order No. 3630921). Available from ProQuest Dissertations y Theses Global. (1564230134). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1564230134?accountid=38018>
- Márquez-González, M., Fernández-Fernández, V., Romero-Moreno, R., y Losada, A. (2013). La Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo. *Información Psicológica*, (105), 42-59.
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(3), e89257. DOI: 10.1371/journal.pone.0089257
- Mazadiego, T., Calderón, J., Solares, C., Zárate, M., Torres, L., y Coto, Á. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 175-182.
- Medina, M. y Carbonell, M. (2004). Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores en el municipio de Murcia. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (4), 179-186.
- Meisner, B. A. (2012). A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 13-17. DOI:10.1093/geronb/gbr062.
- Mendo, N., Infante, N. I., Lamote, S. E., Núñez, S. J. y Freyre, J. (2012). Evaluación del maltrato en ancianos pertenecientes a un policlínico universitario. *Medisan*, 16(3), 364-370.
- Mendoza, S., Muñoz, M., Merino, J. M., y Barriga, O. A. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista médica de Chile*, 134(1), 65-71.

- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C., y Alfonso, J. (2014). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores. Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe.
- Mingorance, A., y Torres, C. (2004). Las instituciones de tercera edad como espacios de interacción social en la calidad de vida de las personas mayores. *Publicaciones*, 34, 107-122.
- Millán, J. C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20, 1.
- Módenes, F. P. y Cabaco, A. S. (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de educación*, (10), 369-383.
- Montejano, R., Ferrer, R. M., Clemente, G., y Martínez-Alzamora, N. (2013). Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1438-1446.
- Morfi, R. (2005). La salud del adulto mayor en el siglo XXI. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(3), 1-1.
- Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 121.
- Munuera, M. C. C. (2010). Diabetes mellitus en personas mayores. *Revista ROL de enfermería*, 33(12), 7-14.
- Neri, A y Cachioni M. (1999). Envejecimiento y sociedad. *Campinas: Papirus*, pp. 113-140
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C. A., Rauda, J., y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública de México*, 49, s331-s337.
- Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F. y Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55, 598-608.
- Osborne, H., Simpson, J., & Stokes, G. (2010). The relationship between pre-morbid personality and challenging behaviour in people with dementia: A

- systematic review. *Aging y mental health*, 14(5), 503-515.
- Parraguez, P. O., Torrejon, M. J., Meersohn, C., y Anigstein, M. S. (2011). Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile. *Salud y Sociedad*, 2(2).
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 299-302.
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista cubana de medicina general integral*, 21(1-2), 0-0.
- Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 1078-1084. DOI:10.1001/archinternmed.2012.1993
- Pineda, A., Medina, C., Yuja, N., y Lanza, O. (2016). Cardiopatía Isquémica y factores de riesgo en una población Adulto Mayor de Honduras. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(2), 146-152.
- Prieto-Flores, M. E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K., & Rojo-Abuín, J. M. (2008). Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain: 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 301-313.
- Rezende, L. F. M., Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. R., & Luiz, O. C. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 333. DOI:10.1186/1471-2458-14-333
- Rodriguez, A. F., Valderrama, L. J. y Molina, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.
- Rodríguez, J., Tabares, V., Jiménez, E., López, R., y Cervantes, M. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*, 9(1), 35-41.
- Romero, L., Orozco, M., y Méndez-Magaña, A. (2013). "Renacer: Reencuentro con los sentimientos" favorece la participación social y calidad de vida de adultos mayores. *UniverSalud*, 9(17), 3-11.

- Rosales, R., García, R., y Quiñones, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor Lifestyle and self-perception on mental health in the elderly. *Medisan*, 18(1), 61.
- Salinas, F., Cocca, A., Mohamed, K. y Viciano, J. (2010). Actividad física y sedentarismo: Repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. *Retos. Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, 17, 126-129.
- Salgado-de Snyder, V. N., y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*, 49, s515-s521.
- Sánchez, A. y Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista multidisciplinaria de gerontología*, 14(3), 131-137.
- Sánchez, I. y Pérez, V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral*, 24(2), 0-0.
- Sanhueza, M., Castro, M. y Merino, J. M. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, 11(2), 17-21.
- Steinberg, M. y Lyketsos, CG. (2010). Trastornos psiquiátricos en personas con demencia. *Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. 263-288.
- Torija, J. U., Mayor, M. F., Salazar, M. G., Estremera, E. R., Buisan, L. T. y Fernández, R. T. (2004). El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Atención primaria*, 34(6), 293-299.
- Tuesca-Molina, R., Guallar-Castillón, P., Banegas-Banegas, J. R., y Graciani-Pérez Regadera, A. (2006). Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Revista española de salud pública*, 80(3), 233-242.
- Uribe, A. F., Padilla, C. A., y Ramírez, V. E. (2004). Intervención cognitivo conductual para la calidad de vida en viejos institucionalizados. *Geriatría: Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 20(3), 35-39.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365.

- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Velázquez Monroy, Ó., Barinagarrementería Aldatz, F. S., Rubio Guerra, A. F., Verdejo, J., Méndez Bello, M. Á., Violante, R., ... y Lara Esqueda, A. (2007). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. *Archivos de cardiología de México*, 77(1), 31-39.
- Vera-Villarroel, P. E. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit*, (10), 4-10.
- Vinaccia, S., y Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica-EPOC. *Terapia psicológica*, 29(1), 65-75.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G., y Vianna, L. A. C. (2012). Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(6), 1186-1195.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- Wettstein, M., Wahl, H. W., Shoval, N., Oswald, F., Voss, E., Seidl, U., ... & Landau, R. (2015). Out-of-Home Behavior and Cognitive Impairment in Older Adults Findings of the SenTra Project. *Journal of Applied Gerontology*, 34(1), 3-25. DOI: 10.1177/0733464812459373
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27(5), 1047-1053.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2011). The meaning of "ageing in place" to older people. *The gerontologist*, gnr098. DOI:10.1093/geront/gnr098

ANEXOS

ANEXO 1

Descripción de las 8 sesiones del programa psicoeducativo.

En la sesión 1 procederemos a realizar la presentación del proyecto y de cada uno de los participantes, así como del personal a cargo, se realizará una dinámica de integración para poder profundizar en el conocimiento entre pares y que empiecen a desarrollar vínculos sociales entre ellos.

En la sesión 2 por conocimiento personal de cada adulto mayor conocen cuales son los cambios que se producen en su cuerpo con el pasar de los años, se impartirá un tema sobre las actitudes positivas en el proceso de envejecimiento, posteriormente se realizara un debate para discutir cuales son los cambios por los que ha pasado cada uno y como lo han sobrellevado, esto servirá para complementar la integración y el sentimiento de pertenencia a un grupo.

En la sesión 3 se explicaran las actividades diarias que pueden realizar los adultos mayores de acuerdo a sus distintas características, después cada participante expondrá que actividades realiza diariamente, y que otras actividades les gustaría realizar, para poder llevar a cabo una lluvia de ideas entre todos los participantes, para apoyarse entre unos y otros y poder dar soluciones distintas a ciertas actividades que de manera individual no hubieran pensado, de esta manera se trabajara también el trabajo en equipo y el apoyo que pueden obtener al pertenecer a una institución.

En la sesión 4 se llevara a cabo un entrenamiento en relajación a partir de la relajación progresiva de Jacobson, ya que esta técnica tiene como finalidad enseñar a las personas a concentrarse en las sensaciones provocadas por la contracción y relajación de pequeños grupos musculares, y también se instruirá la relajación por respiración ya que resulta más sencilla y fácil de realizar, esto nos servirá para disminuir las preocupaciones que pueden llegar a sentir y así lograr estar más relajados, posteriormente cada participante expondrá como se

sintió durante el proceso de relajación, si consideran que podrían utilizarlo y que ventajas o desventajas puede tener.

En la sesión 5 se realizará una estimulación cognitiva para mejorar los procesos como la atención, las funciones ejecutivas, el lenguaje, la memoria y la percepción, esto a partir de ejercicios prácticos que se presentan a continuación:

- Para mejorar la atención se proporcionará a cada participante una hoja con imágenes de 4 objetos diferentes (pera, mariposa, zapato y plátano), pidiéndoles que encierren todos los plátanos.
- En cuanto a las funciones ejecutivas se mostrará una serie de dibujos realizando una actividad como ir a comprar pan y tendrán que ordenar cuales son los pasos para llevar a cabo la función con éxito.
- Practicaremos el lenguaje mediante un ejercicio donde se da una descripción de un objeto y el adulto mayor tendrá que decir a que pertenece, si se presenta dificultad se le darán tres opciones a elegir.
- Para trabajar la memoria presentaremos primero una hoja con 4 imágenes y 8 recuadros, se observará y se pedirá decir cuáles son los objetos que hay y que presten atención al lugar donde están ubicados, posteriormente se presentara una hoja con los 8 recuadros y tendrán que decir cuales objetos faltan y donde estaban ubicados.
- Por último, para trabajar la percepción, se proporcionará dos hojas con distintos objetos y sombras para que puedan elegir que sombra pertenece a cada objeto.

En la sesión 6 para trabajar la actitud ante el asilo, se expondrá un tema de las creencias irracionales que pueden surgir ante el ingreso al asilo o por ya llevar mucho tiempo, se expresaran los sentimientos que ocurren al respecto de todo el proceso, lo principal es poder compartir las experiencias y explicar cuáles son los factores de creencias irracionales, cuales son los miedos o mitos que existen en torno a los asilos, y desde su experiencia como lo han vivido.

En la sesión 7 se trabajara sobre la promoción de las conductas saludables, a través de los hábitos que pueden desarrollar, como el poder participar en las actividades que se le brindan en el asilo, que los ayudan a estimular las distintas áreas cognitivas y sociales, se explicara sobre la importancia de los horarios de comidas, los beneficios de cada comida, y como poder sentirse mejor con respecto a las medicinas que toman y como mejoran su salud, esto con el fin de que puedan entender por qué se lleva cierta estructura y como los beneficia para que puedan también participar con mayor entusiasmo, posteriormente se debatirá sobre las conductas saludables que realizan cada uno.

En la sesión 8 se procederá a realizar el cierre del programa calidad de vida, realizando primero una retroalimentación entre los participantes y el psicólogo a cargo, sobre todos los temas abordados durante las sesiones, como se sintieron, que esperaban del proyecto y si se cumplió, que recomendarían para futuros proyectos, y se finalizara con un convivio entre todos los participantes.