



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**

**“CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTO MAYOR DEL
GRUPO JÓVENES POR SIEMPRE”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
QUIROZ AMARILLAS APOLONIA ALICIA**

**NÚMERO DE CUENTA:
780433-C**

**ASESOR:
MTRO. JOSÉ LUIS GAMA VILCHIS**

TOLUCA, MÉXICO, JULIO DEL 2014

Agradecimientos y Dedicatorias:

A Mamá:

A ella por tener la firme convicción de que la educación a las mujeres; complementa la oportunidad de percibir mejores caminos para lograr una calidad de vida.

A Papá:

A él porqué a sus 85 años sigue “siendo como una roca”.



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	APOLONIA ALICIA QUIROZ AMARILLAS		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	780433-C
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	" CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTO MAYOR DEL GRUPO JOVENES POR SIEMPRE "		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	MTRO. JOSE LUIS GAMA VILCHIS		20/06/14

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. CLAUDIA ANGELICA SANCHEZ CALDERON	 27/06/14	 3/07/14	 2/07/14
REVISOR	MTRO. SERGIO LUIS GARCÍA ITURRIAGA	 29/06/14	 3/07/14	 3/07/14

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL		07/Julio/2014



8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 22/05/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

La que suscribe Apolonia Alicia Quiroz Amarillas Autora del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título "Calidad de Vida en Mujeres Adulto Mayor del grupo Jóvenes por Siempre", por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Facultad de Ciencias de la Conducta UAEM para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, México, a los 07 días del mes de Julio de 2014.

Apolonia Alicia Quiroz Amarillas
Nombre y firma de conformidad

*A lo que la oruga llama “el fin del mundo”,
el resto del mundo le llama “mariposa”.*

RICHARD BACH

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	7
PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	12
ADULTO MAYOR	12
1.1.1 Los Adultos Mayores en México	12
1.1.2 Concepto de Vejez	14
1.1.3 La Psicología y el Adulto Mayor	17
1.1.4 Cambios Físicos - Biológicos en los Adultos Mayores	19
1.1.5 Cambios Sociales en los Adultos Mayores	21
1.1.6 Cambios Psicológicos en los Adultos Mayores	23
1.1.7 Adulto Mayor con Éxito	26
1.1.8 Mujer Adulto Mayor	28
CALIDAD DE VIDA	32
1.2.1 Antecedentes históricos	32
1.2.2 Definición de calidad de vida	33
1.2.3 Dimensiones de la calidad de vida	36
1.2.4 Evaluación de la calidad de vida	38
1.2.5 Calidad de vida en los adultos mayores	40
1.2.6 Calidad de vida de los adultos mayores en México	43
1.2.6.1 Aspectos legales enfocados al Adulto Mayor	45
ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL TEMA	49
CAPÍTULO II. MÉTODO	53
2.1 Objetivo general	53
2.2 Objetivos específicos	53
2.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación	53
2.4 Planteamiento de hipótesis	54
2.5 Tipo de estudio o investigación	54
2.6 Definición de variables	54
2.7 Definición de universo de estudio	56
2.8 Definición de muestra, tipo, tamaño y obtención	56
2.9 Selección, adaptación y/o diseño de instrumento	57
2.10 Diseño de la investigación congruente con todo el método	59
2.11 Especificación de la captura de información	59
2.12 Procesamiento de información	59
RESULTADOS	60
ANÁLISIS DE RESULTADOS	69
CONCLUSIONES	72
SUGERENCIAS	74
BIBLIOGRAFÍA	75

RESUMEN

En este trabajo se describe la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores, del sexo femenino del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca. Para lo cual se aplicó el instrumento InCaViSa, que está integrado por doce 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.

Es un estudio descriptivo, de corte transeccional o transversal, ya que se recolectaron los datos en un sólo momento, el propósito fue describir la variable calidad de vida, en un grupo de personas y proporcionar la descripción de ésta. De acuerdo a las características de la información, se trabajó con estadística descriptiva a través de frecuencias y percentiles.

El contenido está dividido en tres capítulos, en los cuales se desarrolla el marco teórico, donde se describen conceptos y aspectos teóricos de temas que dan sustento a la investigación como los son psicología del adulto mayor y calidad de vida. Finalmente se abordan los aspectos metodológicos y describen los resultados obtenidos.

Esta población cuenta con preparación académica, todas saben leer y escribir, lo que se refleja en sus ingresos promedio mensuales que son de 9 mil pesos. La mayoría cuentan con servicios médicos como el ISSSTE, IMSS, ISSEMYM y Seguro Popular, que a su vez les sirven para atender las enfermedades que padecen siendo la hipertensión y la diabetes la que prevalecen principalmente.

Los resultados muestran que aunque las mujeres adultas mayores padezcan enfermedades crónicas o agudas, no se sienten limitadas en su interacción con otros, se perciben con la capacidad de desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo. Se perciben muy apoyadas emocionalmente por sus familias, por lo que no se sienten solas o aisladas, en su mayoría viven con sus esposos y con algún hijo, además de que todas estas mujeres pertenecen al grupo de “Jóvenes por siempre”.

PRESENTACIÓN

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos.

Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir, de acuerdo a proyecciones de CONAPO se espera que en 2030 los adultos mayores sean el 11.6% de la población total de México y en el Estado de México vivirán 3.34 millones de Adultos Mayores, siendo la mayor cantidad entre las entidades federativas, abarcando el 15% del total del país (INEGI, 2005).

Se han desarrollado políticas públicas para la atención de las personas adultas mayores donde se promueve el respeto a la dignidad humana, el goce a la libertad, la independencia, la protección, los cuidados y el bienestar integral, garantizándoles el ejercicio y cumplimiento de sus derechos, para dar respuesta se creó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), para brindar atención y servicios gerontológicos conforme a lo dispuesto en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para brindar protección, ayuda, atención, orientación, cuidado, empleo, ocupación, asistencia, solidaridad y respeto, detectando, analizando y respondiendo a sus necesidades elementales (INAPAM, 2012).

El objetivo de la investigación fue describir cómo perciben su calidad de vida los adultos mayores, del sexo femenino del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca.

Se aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), (2009) de Riveros, Sánchez-Sosa, y Del Águila. El cual permite evaluar la percepción de satisfacción del sujeto respecto a la calidad de vida, ante los diversos aspectos de su vida cotidiana.

Este trabajo describe en el primer capítulo al Adulto Mayor, los cambios físicos, psicológicos y sociales que implican esa edad, así como la forma en que la psicología los apoya, en el segundo capítulo se describe la calidad de vida y las áreas en que se divide, así como las diversas maneras en que puede ser evaluada, se incluye un apartado donde se mencionan algunos estudios relacionados con el tema. Posteriormente se agrega la metodología donde se describe el objetivo de la investigación, tipo de estudio y se detalla el instrumento que se aplicó, finalmente se presentan los resultados y su análisis, conclusiones y sugerencias respecto al tema investigado.

Los resultados muestran que aunque las mujeres adultas mayores padezcan enfermedades crónicas o agudas, no se sienten limitadas en su interacción con otros, se perciben con la capacidad de desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo. Se sienten muy apoyadas emocionalmente por sus familias, por lo que no se sienten solas o aisladas, y esto es constatado, ya que en su mayoría viven con sus esposos y con algún hijo, además de que todas estas mujeres pertenecen al grupo de “Jóvenes por siempre”.

El grupo “Jóvenes por siempre” tiene por objetivo proporcionar un espacio de recreación, salud física y emocional, para mujeres adultas mayores que quieran participar y asistir.

INTRODUCCIÓN

El ser humano no reflexiona acerca de las etapas de la vida que está viviendo y que le faltan por vivir, principalmente se enfoca en el presente sin prever el futuro, sin considerar que con la edad la participación en la sociedad se va devaluando y rezagando, las mujeres son las que principalmente quedan excluidas y a la vez recluidas en el ámbito familiar, quedando a cargo del cuidado de la casa, crianza y educación de los nietos, olvidando aspectos importantes de su cuidado personal como lo son la alimentación, salud física, emocional y social. Por otra parte las mujeres mayores que aún se encuentran activas en instituciones públicas son aisladas o asignadas a trabajos de archivo o donde no implique la toma de decisiones y relegadas a un solo espacio.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, modificaron el significado de la expresión calidad de vida, definiéndola como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos, encubierto por conceptos de felicidad, salud y bienestar (Cerezo, 2001).

En el estudio de la calidad de vida, es evidente la participación de diversas disciplinas. Existen, entre otras, aproximaciones de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido en la

conceptualización. Es por ello que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida se observan múltiples acercamientos para su estudio, y se encuentra una identificación del término, el cual se asocia por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad. Uno de los objetivos de la psicología de la vejez es el diagnóstico, la prevención, la promoción de la salud, la intervención, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la evaluación de resultados, esto se aplica tanto a personas sanas como enfermas (González-Celis, 2005).

Los factores físicos, psicológicos y socioeconómicos interactúan de manera compleja para influir en la salud y el estado funcional de la población geriátrica. Es necesario el esfuerzo coordinado de varios profesionales que funcionen como equipo interdisciplinario (Oblitas, 2007).

De manera general se concluye que estas mujeres adultas mayores tienen una buena calidad de vida, de acuerdo a lo que propone Vera, (2007) que el adulto mayor, en su vida cotidiana, a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar digna y amorosa, sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión; mayor será su calidad de vida.

Capítulo I. MARCO TEÓRICO

ADULTO MAYOR

El interés por la vida y el envejecimiento ha sido una constante en la historia de la humanidad, a medida que el hombre madura y se transforma interiormente reacciona de manera diferente ante las influencias culturales y sociales, sobrevienen cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta y personalidad, por lo que en este capítulo se describirán los cambios que pasa el ser humano al llegar a la tercera edad o también llamada vejez.

Es necesario establecer una diferencia entre la vejez, como una etapa de la vida y el envejecimiento, como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento. Existen vocablos similares o equivalentes a adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos, uno de ellos y el más conocido es viejo. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.

1.1.1 Los Adultos Mayores en México

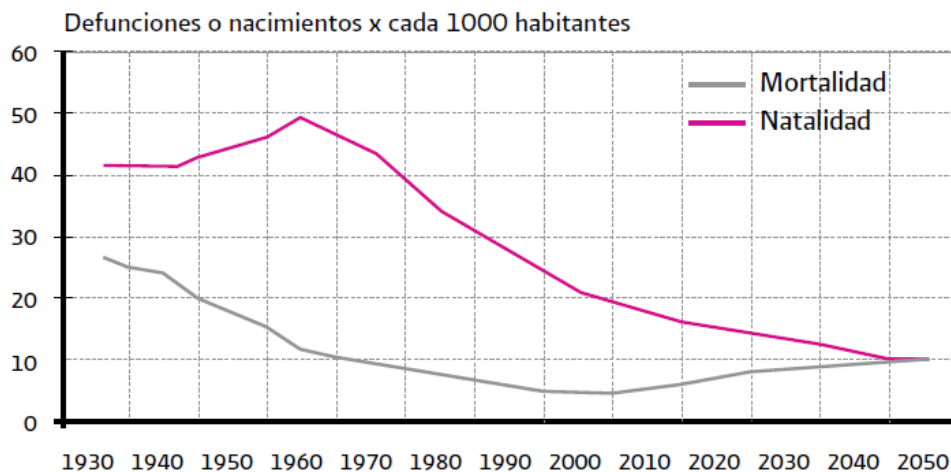
El envejecimiento de la población mundial -en los países desarrollados y en desarrollo- es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050. Según la OMS (2012), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

La definición de Tercera Edad, nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena, Austria, en 1985, donde se acordó que a partir de los 60 años de edad, las personas son consideradas como ancianos o adultos mayores. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (ONU, 2007).

También el Instituto Nacional de Apoyo a los Adultos Mayores en México, ubica al Adulto de la Tercera edad a los 60 años y le denomina como Adulto Mayor, para abarcar una visión integral, interdisciplinaria y holística.

En México se presenta una tendencia en el aumento de la población anciana, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el número de personas mayores de 60 crece rápidamente desde hace 20 años. En 2010, 10 109 723 millones de mexicanos son personas adultas mayores y representaban el 8.9% de la población total. Además el incremento anual asciende a poco más de 292 mil personas y se espera continúe aumentando hasta 793 mil en 2033 para luego disminuir gradualmente hasta 532 mil en 2050. Por lo tanto, la proporción actual es de uno de cada trece habitantes es un adulto mayor, para el 2030 serán uno de cada seis y en el 2050 más de uno de cada cuatro, es decir, el tamaño de la población adulta mayor será de 9.9 millones en 2010, 18.4 millones en 2025 y 36.2 millones en 2050 (CONAPO, 2005).

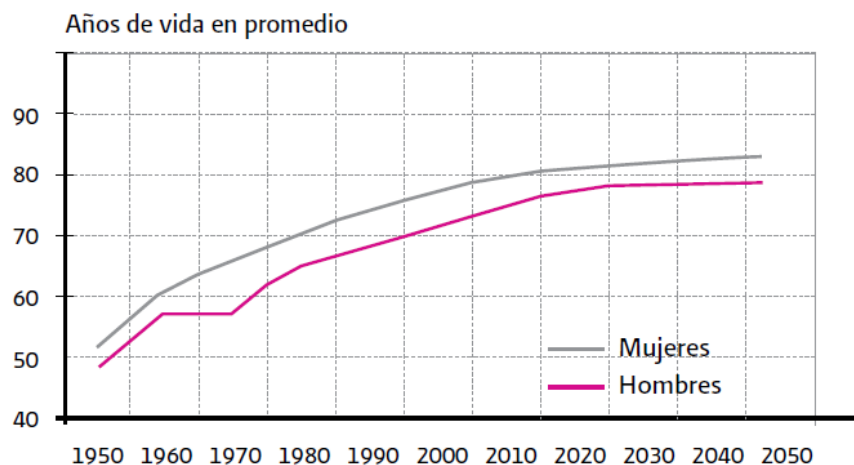
Transición demográfica de México



Fuente: CONAPO, 2005.

Gracias a los avances tecnológicos, la esperanza de vida de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de los 36 años en 1950 a 74 años en el año 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe el incremento hasta alcanzar 80 años en el 2050. Según estimaciones de CONAPO, la esperanza de vida de las mujeres en el 2011 fue de 77.9 años y de 73.0 años para los hombres, cifras que se prevé aumenten en el 2050 a 83.6 y 79.0 años, respectivamente. En la edad avanzada, el deceso en hombres es mayor que en las mujeres. Este comportamiento es característico del proceso de envejecimiento en todos los países, pero es más pronunciado en los países desarrollados, ya que en ellos las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres es de 5.78 años (CONAPO, 2005).

Esperanza de vida por sexo



Fuente: CONAPO, 2005.

1.1.2 Concepto de Vejez

El término envejecimiento tiene su raíz *aetas* que, en latín significa la condición de llegar a viejo. En un sentido amplio el envejecimiento se entiende como “un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer, continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida” (Quintanilla, 2000).

Cuando se hace referencia al envejecimiento del ser humano, se alude al proceso natural que ocurre con el paso de los años y conlleva una serie de cambios y transformaciones graduales.

A lo largo de la historia de la humanidad, la manera en que se conceptualiza a la vejez se ha modificado de una época a otra según Pérez (2004), estas han sido:

-En los pueblos primitivos, debido a las duras condiciones de vida y a la supremacía de la supervivencia, eran pocos los individuos que llegaban a la vejez y quienes lo lograban con frecuencia eran abandonados debido a que la prioridad era dar de comer a los más jóvenes.

-Conforme continuo el proceso de evolución de la humanidad y se incorporaron la agricultura y la ganadería como formas de subsistencia; los pueblos se asentaron y comenzaron a cultivar mitos y leyendas, que incluían divinidades para explicarse la vida y sus fenómenos, creándose con ello la religión que dictaba las buenas costumbres y conductas e incluían el respeto y el cuidado hacia los ancianos.

-En este marco de civilización como la griega, donde diversos médicos y filósofos comenzaron a definir la vejez. Por ejemplo, la escuela hipocrática consideraba que la vejez comenzaba a los 50 años y era consecuencia de un desequilibrio de los “humores”, y para Aristóteles la vida perdía poco a poco en la vejez debido a la pérdida de calor interno, por lo que era la consecuencia de un enfriamiento progresivo de la fuerza vital acumulada durante el desarrollo.

-En el inicio de la era cristiana, varios médicos se preocuparon por las afecciones de la vejez, entre ellos Galeno, quien en su intento de unir la teoría hipocrática con la aristotélica, postulaba que el envejecimiento era la pérdida de calor interno, que tenía como consecuencia la deshidratación y la alteración de los humores.

-En la Edad Media los viejos estaban excluidos de la vida pública, pero eran quienes dominaban y en periodo de la Revolución Industrial, comprendido en los siglos XVIII y XIX, con el aumento de la población, debido a los avances de la medicina, higiene y alimentación, la burguesía creó la ideología de la mejora del concepto de vejez, con lo que aumentó la participación de los ancianos en la vida pública (Pérez, 2004).

Así en las sociedades tradicionales se atribuyen a la vejez lazos significativos de autoridad y sabiduría, por lo que las personas mayores son consideradas como personas de gran respeto. Pero en las sociedades modernas, comúnmente enfocadas al individualismo y al materialismo, existe una tendencia a desvalorar a las personas de la tercera edad (Cinta, 2006).

El concepto de envejecimiento relacionado a la vejez está inmerso en una amplia gama de prejuicios y falsas creencias difundidas en la sociedad, lo cual ha traído como consecuencia que se generen actitudes y comportamientos de rechazo y discriminación hacia los adultos mayores (Muñoz y Motte, 2002).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud define la vejez como: un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, es el periodo de la vida en que las funciones mentales y físicas sufren un menoscabo cada vez mayor en comparación con periodos anteriores se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno (OMS, 2012).

Aunque se describan por separado los aspectos más importantes que confluyen y que inciden en el proceso de envejecimiento, es necesario hacer hincapié en que todos ellos interactúan constantemente y unos inciden en los otros. No todos los seres humanos crecen, se desarrollan y envejecen en forma similar, ni en cuanto a morfología ni en cuanto a función se refiere. Basado en lo anterior se habla de:

- *Edad Cronológica, determinada en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido por los años, meses, días.

- *Edad Biológica, corresponde al estado funcional de los órganos de nuestra economía comparados con patrones estándar establecido para cada edad o grupo de edades.

- *Edad funcional, expresa la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad (Monroy, 2005).

1.1.3 La Psicología y el Adulto Mayor

El estudio científico de la vejez desde la psicología surge en el siglo XIX asociado al interés surgido en torno al envejecimiento como parte de la psicología del desarrollo, y se encuentran dos grupos de especialistas que la estudian: los gerontólogos y los psicólogos.

La teoría psicológica del envejecimiento se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales que influyen y se reflejan positiva o negativamente en los adultos mayores. Cada persona mayor es un individuo al cual cada experiencia vital y cada modificación en su entorno ejerce un efecto sobre ella (Monroy, 2005).

Uno de los objetivos de la psicología de la vejez es el diagnóstico, la prevención, la promoción de la salud, la intervención, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la evaluación de resultados, esto se aplica tanto a personas sanas como enfermas (González-Celis, 2005).

El Colegio Oficial de Psicólogos para su difusión con motivo de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, abril del 2002) y del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, proporcionó una serie de lineamientos en donde muestran ejemplo de cómo la psicología del envejecimiento ha ido dando respuesta y obtenido importantes logros, en la vertiente científica y de investigación como estas necesidades:

-El apoyo a un envejecimiento positivo de aquellas personas que alcanzan este tramo de la vida, donde la autorrealización personal, el afrontamiento de una nueva etapa vital con cambios significativos en los estilos de vida, la ocupación del tiempo y las vivencias familiares y personales son de trascendental importancia. En este sentido, la psicología da respuesta a diversos niveles, desde la preparación y adaptación a la jubilación, al afrontamiento de las situaciones de duelo ante las pérdidas, pasando por las iniciativas tendientes al desarrollo

cultural, intelectual y personal de las personas mayores. Dicho papel merece importancia de los aspectos preventivos de la psicología puede abordar la promoción de hábitos y estilos de vida saludable.

-La atención a la dependencia, especialmente a aquellas personas afectadas por procesos neurodegenerativos que las incapacita para su autonomía, esta línea de intervención de la psicología ha demostrado ser básica, tanto en el tratamiento de los propios mayores (rehabilitación cognitiva, intervención psicosocial, etc.) como en el apoyo psicológico a los familiares y cuidadores.

-Intervención psicoterapéutica en aspectos relacionados con el envejecimiento y problemáticas relacionadas. La forma en que una persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen índice de cómo luchará con ellos en los años de la vejez. Lo que haya ocurrido en la biografía de la persona indudablemente influye en su concepto de vejez.

Por medio de la psicología humanista encontramos un acercamiento afirmativo y optimista para todas las etapas de la vida. El humanismo da legitimidad de una visión "humana" del envejecimiento mediante la validación de las experiencias del cambio, del crecimiento y de auto actualización. Con actitudes humanistas se puede cambiar el sentimiento de ser atrapado como víctimas de los terrores culturales del envejecimiento y de la muerte. No se pueden controlar estos eventos, pero si se puede elegir como experimentarlos (Belsky, 2003).

A las personas el hacerse mayores, no siempre les resulta fácil lograr y mantener una visión optimista de las posibilidades, especialmente a la luz de la adoración por la juventud, los valores de los jóvenes, que prevalecen en la cultura occidental por medio del cine, música, y la publicidad.

1.1.4 Cambios Físicos - Biológicos en los Adultos Mayores

El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecimiento son los mismos en todas partes del mundo. En este sentido parece inevitable que el organismo humano pase a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez, la adolescencia, la madurez, la vejez y la muerte (Quintanilla, 2000).

Desde el punto biológico el envejecimiento se considera como un proceso en el cual las células del organismo comienzan a morir a mayor velocidad de la que se regeneran, lo cual provoca que los órganos y sistemas del cuerpo empiecen a manifestar una serie de cambios, alteraciones y decrementos en cuanto a su funcionamiento (Díaz, 2008).

Las alteraciones, cambios biológicos y funcionales más comunes que se presentan en los adultos mayores según Quintanilla (2000):

- Se produce una ralentización de las funciones generales de los sistemas, que se traduce en una disminución de los reflejos, de los impulsos nerviosos, de la capacidad de respuesta a los aprendizajes nuevos, disminución de la irrigación sanguínea, así como de las respuestas a los estímulos sexuales.
- Falta de elasticidad y flexibilidad que inciden en la capacidad motriz.
- Cambios a nivel hormonal, especialmente de menopausia en la mujer.
- Alteraciones en el sistema sensorio-perceptivo, particularmente la disminución de la visión y el oído.
- Cambios en la piel, resultado de la falta de hidratación, la falta de elasticidad y la aparición de arrugas.
- Aparición de problemas circulatorios, varicosidad y la acentuación visible de las venas.
- Caída y escasez de cabello y aparición de canas.

El peso corporal se incrementa cerca del 25% en hombres y 18% en mujeres, la grasa corporal aumenta entre 18 y 36% en varones y de 33 a 48% en mujeres se pierde masa del músculo estriado y disminuye el agua corporal en un 50%. Se presentan variaciones de la estatura de aproximadamente cinco centímetros en hombres y tres centímetros en mujeres, además de alteraciones vasculares y degenerativas, con lo que existe una disminución en el balanceo durante la marcha (Díaz, 2008).

Dentro de la disminución de las funciones vitales, durante la tercera edad se presentan diferentes cambios en todo los sistemas del organismo; aparato respiratorio, aparato cardiovascular, sistema endocrino, aparato digestivo, sistema nervioso, sistema renal y sistema inmunitario. Del mismo modo se dan cambios musculares, óseos y articulares, como los son la disminución progresiva de la fuerza muscular, osteoporosis y osteoartritis (Quintanilla, 2000).

Muchos ancianos se encorvan y mueven poco las extremidades superiores e inferiores, suelen arrastrar los pies al caminar y necesitan el apoyo de bastones, andaderas, o el brazo de otra persona, lo que limita el desplazamiento y desenvoltura en la locomoción. El metabolismo disminuye, las células nerviosas se degeneran, reduciendo de este modo los axones y las sinapsis, así como una disminución de la velocidad de conducción, lo que explica el enlentecimiento de la información y la falta de sensibilidad periférica de los adultos mayores. Estas alteraciones neurológicas se manifiesta a nivel de los receptores sensoriales, presentan dificultad en concentración, conceptualización, amnesia, atención, memoria (les cuesta recordar sucesos recientes, y mantienen frescos episodios del pasado). También presentan alteraciones del ritmo de sueño, que corresponde a una alteración de las 24 horas y de la organización del sueño lento y paradójal; las fases no se respetan en duración, lo que les ocasiona insomnio y sueño interrumpido (Belsky, 2003).

Factores responsables del deterioro físico:

- Las afecciones inmunológicas como elementos que inciden en la producción de procesos degenerativos.
- El estrés y las enfermedades psicosomáticas.
- Malos hábitos de alimentación, falta de ejercicio físico e ingesta excesiva de alcohol y otras drogas (Quintanilla, 2000).

Envejecer como proceso biológico tiene extensas consecuencias sociales y psicológicas, hasta el momento la atención de la sociedad se ha orientado hacia la provisión de ciertas necesidades biológicas como alimentación, salud física y albergue de los adultos mayores.

1.1.5 Cambios Sociales en los Adultos Mayores

Es importante hacer un cambio social en pro de la cultura del envejecimiento que permita una visión panorámica de las necesidades que esta población requiere y propiciar un estado de bienestar y plenitud que permita una adaptación favorable de los cambios suscitados durante esta etapa.

Los cambios sociales que se producen durante la vejez se deben a la clasificación que se hace según el grado de productividad, por tanto lo que se modifica es la ocupación del anciano, tanto en lo individual como en la comunidad. En lo individual se hace patente la conciencia de que la muerte cada vez está más cerca; la vida y la muerte adquiere un nuevo sentido y la respuesta ante ella, que con base a la historia personal, puede ser de rechazo o de aceptación como en último suceso de la vida, por otro lado, el envejecer proporciona al individuo la posibilidad de transformar su función en la familia, y establecer nuevas relaciones con sus hijos y sus nietos; finalmente, el individuo de la tercera edad debe ser capaz de afrontar las pérdidas de amigos y cónyuge (Quintanilla, 2000).

En cuanto a las funciones que desempeña un individuo en su contexto social, en muchos casos llegar a la vejez representa una ruptura en las funciones realizadas

como adulto. Es decir, el estatus adquirido como padre/madre, jefe de familia, proveedor económico, tiende a perderse y ser reemplazado por un sentimiento de aislamiento, de poca importancia y poca capacidad en su núcleo familiar. Lo que tiende a empeorar cuando el individuo ha perdido a su pareja (Cinta, 2006).

De esta manera, durante la vejez se puede presentar una disminución en el apoyo socio-familiar, la pérdida de estatus laboral y económico y mayor aislamiento social, amplificados por la menor capacidad y disposición de recursos para adaptarse a las circunstancias.

La duración, impacto en las relaciones y roles desempeñados, así como el significado que se atribuye a la vejez varían de acuerdo con las condiciones socioculturales en las que se encuentra el individuo (Cinta, 2006).

La jubilación marca una etapa de la vida y el principio de otra cuyas características diversas resultan en una serie de cambios y retos que el individuo tendrá que enfrentar y resolver para mantener un estado de bienestar. Desde el punto de vista de la sociedad, representa el fin de la vida productiva de una persona, sin embargo como señala Buendía (1997), no se trata solamente de la obtención de una pensión económica para el jubilado sino la cesación de una actividad productiva al mismo tiempo que el retiro de una base sobre la cual forja su identidad personal, el medio para la integración cultural, económica y psicosocial. De este modo la sociedad actual establece de manera arbitraria un plazo para ejercer la actividad productiva, la cual no necesariamente está acorde con la realidad del individuo. Por ello la jubilación es vista por muchos como la imposición de una política segregativa y discriminatoria (Buendía, 1997).

Sin embargo el jubilado, también puede dedicar este nuevo tiempo libre a actividades, realización personal, entretenimiento y diversión, por ejemplo incorporándose a espacios sociales de asociación o integración (Martín, 2008).

En algunos casos el principal problema de los adultos mayores es el nivel de ingresos y el bienestar económico, no cuentan con trabajos o pensiones que cubran en totalidad los gastos que se presentan y las ayudas económicas son insuficientes. La disminución y pérdida de autonomía personal influye significativamente en la toma de decisiones, por lo que presentan poca iniciativa, actitud apática y en algunos casos pérdida del deseo de vivir. Las relaciones sociales pueden estar dificultadas por factores como la salud, fallecimiento de miembros de la familia y amigos, pérdida de compañeros de trabajo, dificultad para contar con transporte adecuado y al alcance para desplazarse; sin embargo muchas personas mayores invierten todo el tiempo y energía posible en estar con amigos, familiares, grupos de iguales donde encuentran compañía en estos clubes de ocio para el adulto mayor (Brigeiroa, 2005).

El uso del tiempo libre en la vejez cobra importancia, ya que puede convertirse en enemigo si no se sabe qué hacer con él; así es posible que en las personas mayores se incremente la necesidad de que los otros les dediquen tiempo, lo que a veces ocupa un lugar central en sus relaciones con el entorno familiar (Martín, 2008).

Algunas actividades en las que los adultos mayores suelen ocupar el tiempo libre son la jardinería, la lectura, ver televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y actividades culturales, recreativas o religiosas.

1.1.6 Cambios Psicológicos en los Adultos Mayores

El modo de actuar, de pensar, sentir e interpretar la realidad de una persona constituyen condiciones psicológicas relacionada con la salud, la participación social y la seguridad en la vejez. Los factores psicológicos y conductuales depende de un sinnúmero de transacciones a lo largo de todo el ciclo vital entre un organismo biológico y su contexto socio-histórico.

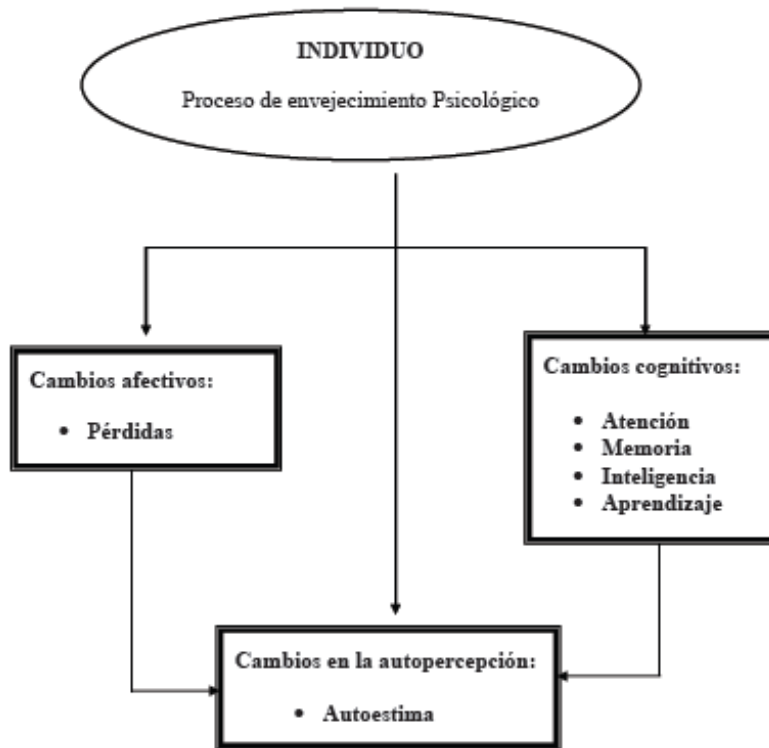
Según Pérez, (2004), entre las características psicológicas del adulto mayor se encuentran las capacidades intelectuales y los rasgos de personalidad y carácter. Dentro de las capacidades intelectuales, no se produce una reducción como tal, sin embargo puede haber una reducción en la eficacia para resolver problemas, lo que influye en la capacidad de aprendizaje y en la intuición; se presenta un aumento en el tiempo de reacción y el deterioro de la memoria reciente, aunque se conservan la creatividad y la capacidad imaginativa. Por su parte la personalidad en conjunto parece no alterarse durante la vejez, excepto en casos patológicos, por tanto la presencia de un alejamiento o la modificación de conductas se deben al miedo a las nuevas situaciones o al entorno social.

En los adultos mayores el déficit de las funciones mentales superiores está entre los más temidos porque se asocia con la pérdida de autonomía, de la misma manera que las situaciones de incapacidad física. Estas condiciones pueden provocar vivencias de desamparo, impotencia y depresión (Quintanilla, 2000).

Algunos síntomas que presenta la población de edad avanzada son la ansiedad, imagen pobre y baja autoestima, y se relacionan con los cambios corporales y con un estereotipo de dependencia que influyen negativamente en su imagen (Martín, 2008).

Existen algunos aspectos que revisten especial importancia en el proceso de envejecimiento y que determinarán, en gran medida, la transición del individuo a través de esta etapa de la vida.

Proceso de envejecimiento psicológico



Fuente: Cinta (2006).

En este esquema se pueden visualizar las temáticas principales que están implicadas en el proceso de envejecimiento psicológico y cuya consideración merece especial atención, ya que es mediante su estudio como se puede comprender más claramente la problemática a la que se enfrenta el adulto mayor, durante esta fase de la vida y de los elementos que dependerá el que logre una vejez saludable y satisfactoria o una vejez patológica, permeada por la frustración y la desesperación.

El declive aparente intelectual, los problemas de memoria, la menor potencia sexual, las dificultades para responder ante el estrés, son algunas de las dificultades psicológicas que experimentan con mayor frecuencia los adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 2002).

Según Monroy, (2005) algunos aspectos psicológicos a los que se enfrentan los adultos mayores son:

-Pérdida de la autoestima: Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien.

-Pérdida del significado o sentido de la vida: que es la aceptación de la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de ilusiones.

-Pérdida de la facilidad de adaptación: al llegar a una mayor edad la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés.

-La aflicción o tristeza por una pérdida: es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas.

-Estrés: es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo.

-Pérdida de la memoria: la edad va asociada a la pérdida normal de la memoria, se asociada a un deterioro leve de las funciones mentales es más delicada pues corren un alto riesgo a la enfermedad de Alzheimer.

1.1.7 Adulto Mayor con Éxito

Se debe entender a la persona adulta mayor en un contexto sociocultural, antropológico, familiar y económico, cada individuo envejece de diferente manera, siendo un proceso evolutivo y gradual, sin una causalidad única, que no es una enfermedad ni un error evolutivo, es un proceso multidimensional.

La vejez es un momento de nuevas preguntas y nuevas posibilidades, de afianzar o rechazar creencias y valores (personales, religiosos, sociales); mientras que para otros, por el contrario, es el principio del fin, una etapa de espera resignada y pasiva, preocupada únicamente por los achaques.

El Adulto Mayor debe optimizar los recursos para adaptarlos de forma saludable a las condiciones y desafíos de la vida adulta, con el fin de preservar su identidad afectiva y emocional (Corral, 2008).

Martín (2008) plantea cuatro motivos que pueden influir negativamente en los adultos mayores:

1. El no tener acceso a una actividad remunerada.
2. El debilitamiento corporal, molestias y achaques físicos.
3. La renuncia o sentir que es excluido de las experiencias agradables y de las alegrías.
4. La conciencia de la cercanía de la muerte.

Envejecer con éxito requiere de actitudes que ayudan al individuo a adaptarse a los cambios propios de esta etapa de la vida, y no renunciar ni sufrir por ellos. Así una vejez satisfactoria debe ser interpretada en el área física o corporal, el área intelectual o mental, independencia y el área interpersonal o de socialización (Fernández-Ballesteros, 2002).

Otros factores predictivos de un envejecimiento exitoso son un buen nivel socioeconómico, peso corporal relativamente bajo, buena función pulmonar, buen desempeño cognoscitivo, ausencia de diabetes e hipertensión arterial, participación en actividades físicas y sociales.

Para tener un envejecimiento positivo es necesario un envejecimiento activo, que se refiere a la participación continua de las personas adultas mayores, individual o colectivamente, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, es decir tomar el control de su vida hasta donde su autonomía se lo permita (García, 2003).

De acuerdo con Martín (2008), en la tercera edad, la adaptación puede ser influida por cuatro aspectos:

1. La aceptación del nuevo esquema corporal y de la identidad del anciano.
2. La resolución de los duelos melancólicos por identificación con ese otro que se fue y no se volverá a ver nunca más.

3. El afrontamiento psicológico de la progresiva presencia temática de la muerte, sea ésta implícita (cercanía) o a través de las pérdidas reales (familiares, amigos, etc.).

4. La reactivación de toda la problemática en torno a la individuación y la dependencia.

Esto lleva a retomar la importancia que tiene la psicología humanista para atender el desarrollo y los cambios de conducta, tipologías de la personalidad, para elevar con su atención la calidad de vida de los adultos mayores.

1.1.8 Mujer Adulto Mayor

Otra consecuencia del envejecimiento de la población es la referida al incremento del número de mujeres observado, ya que la esperanza de vida de ésta es más amplia que la del hombre, por lo que la sociedad envejecida es y será básicamente femenina.

En la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2002, se proponen los siguientes argumentos para analizar el envejecimiento con un enfoque de género. El hombre y la mujer experimentan el envejecimiento de formas diferentes en cuanto a:

- Esperanza de vida.
- Patrones de salud.
- Nivel económico.
- Estado y oportunidad marital.
- Apoyo social.
- Empleo y retiro.

La mujer envejecida tiene más probabilidades que el hombre de ser pobre, tener entradas económicas insuficientes, ser viuda y convertirse en cuidadora de otros familiares. Tales diferencias merecen una profunda valoración acerca de su

impacto en la organización social, políticas de salud, la comunidad, la familia y el propio individuo (Pérez, 2004).

La longevidad de la mujer es explicada por teorías genéticas y conductuales. La hipótesis genética refiere que los cromosomas femeninos realizan una importante función sobre el sistema inmunológico, que hace que la mujer más resistente a enfermedades infecciosas y daños celulares. La hipótesis social señala que, independientemente de la raza, el clima, la región del mundo que se habite, la mujer vive más tiempo que el hombre. El incremento de la mortalidad masculina sucede a consecuencia del más alto riesgo a que están expuestos los hombres en lo que respecta a los accidentes homicidio, suicidio, tabaquismo y alcoholismo. Por otro lado los hombres son menos interesados en cuidar su salud y hacer visitas médicas, además de que poseen una personalidad más agresiva y competitiva que las mujeres (Asilí, 2004).

La longevidad en sí misma no representa, en este caso ningún éxito, ya que sus consecuencias provocan la reducción de su merma participación social, así como incremento del deterioro social, económico y cultural.

La condición de la mujer envejecida y pobre es un binomio cruel, pero muy común, ya que su arduo trabajo durante años y que sigue realizando a pesar de la edad muchas veces no es remunerado, convirtiéndola en el apoyo de la familia con la crianza de nietos y cuidado de familiares enfermos (aspectos culturalmente determinados a realizar, aunque no sean totalmente favorecedores al desarrollo de la mujer) (Corral, 2008).

Las mujeres trabajan mayor cantidad de horas que los hombres, pues al tiempo laboral agregan el tiempo doméstico, actividad que realiza fundamentalmente la mujer y que no es contabilizada en ningún país (Cinta, 2006).

El trabajo femenino se expresa, según el informe sobre desarrollo humano de 1995, de la siguiente manera:

- a. Del volumen total de trabajo, las mujeres realizan más de la mitad.
- b. Del trabajo total masculino, las tres cuartas partes corresponden a actividades comerciales remuneradas, mientras que del trabajo de la mujer sólo un tercio corresponde a actividades remuneradas.

Por consiguiente:

- c. Los hombres reciben ingresos y reconocimiento por su contribución económica, mientras que la mayor parte del trabajo de la mujer sigue no remunerado, no reconocido y no valorado (Brigeiroa, 2005).

La idea generalizada de que la familia es el espacio fundamental para desarrollar la vida, supone que jubilación para la mujer es retorno al ámbito doméstico. El trabajo representa independencia de todo tipo: social, económico, ampliación de las relaciones sociales y autoconfirmación de la personalidad. El rompimiento con esta actividad y el regreso al ámbito hogareño puede crear los mismos niveles de inconformidad manifestados en muchas ocasiones en el hombre. No se debe considerar una realidad que la mujer realice una mejor adaptación ante la pérdida del estatus laboral (Asilí, 2004).

Mientras que en los medios de comunicación muestran al hombre de 50 y 60 años realizando actividades de contenido amoroso con personas aún más jóvenes que ellos, las mujeres de estas edades son usadas para anunciar laxantes, dentaduras, dar consejos de comida o se encuentran completamente ignoradas por estos medios (Corral, 2008).

La mujer en todos los países tiene una esperanza de vida mayor que el hombre, por lo que el número de viudas será siempre mayor; sin embargo la mayoría de las mujeres no están educadas para vivir solas. La mujer ha sido preparada para depender del esposo tanto en lo económico como en lo ideológico, político y social. De esta forma la viudez sorprende sin habilidades suficientes para valerse

por sí misma y enfrentar la vida. Además de que por convencionalismos sociales a la mujer se le restringe más, y son más permisivos con la viudez masculina.

La posibilidad de tener una nueva pareja se favorece y es bien vista para el hombre, pero para la mujer debe seguir atada a los criterios de fidelidad aun ante esta circunstancia (Asilí, 2004).

Los hombres dependen más de las mujeres para sus cuidados y apoyo emocional; por otro lado las mujeres tienen menos bienes y pierden más estatus económico al morir el esposo. Los principales elementos para adaptación del individuo a la vejez son conservar la salud física y mental, mantener intereses y actividades variadas y conseguir seguridad e independencia económica, el apoyo familiar, entre otros (Castelló & Alexandre, 2000).

CALIDAD DE VIDA

En este capítulo se abarcan los antecedentes históricos y definición de calidad de vida, así como las dimensiones que abarca y como se evalúa, concluyendo con la calidad de vida de los adultos mayores.

1.2.1 Antecedentes históricos

El concepto calidad de vida ha evolucionado y sigue evolucionando. Inicialmente, el término se refería al cuidado de la salud personal, después se abarco la salud e higiene pública, posteriormente se incluyó en los derechos humanos, luego surgió la necesidad de trabajar en pro de la calidad de vida en el ambiente laboral y en la interacción ciudadana, posteriormente a la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente se convirtió en la preocupación por la experiencia de cada sujeto sobre la vida social, actividad cotidiana y la propia salud.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, modificaron el significado de la expresión calidad de vida, definiéndola como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos, encubierto por conceptos de felicidad, salud y bienestar (Cerezo, 2001).

Actualmente cuando se habla de calidad de vida, se hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos estos elementos: salud, alimentación, derechos humanos, educación, trabajo, vivienda, medio ambiente, seguridad social, vestido, ocio, recreación y buen trato.

1.2.2 Definición de calidad de vida

El concepto calidad de vida se torna complejo cuando se plantea como un constructo que implica no solo el satisfacer necesidades, sino el de comprenderlas, interiorizarlas, valorarlas y potenciarlas hacia el bienestar común.

En el estudio de la calidad de vida, es evidente la participación de diversas disciplinas. Existen, entre otras, aproximaciones de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido en la conceptualización. Es por ello que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida se observan múltiples acercamiento para su estudio, y se encuentra una identificación del término, el cual se asocia por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (González-Celis, 2005).

La calidad de vida es un componente central del bienestar humano que consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, circunscrito a un tiempo y a un espacio (González-Celis, 2005).

Comprende el estado satisfactorio de salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social y derechos humanos (Cabrera, 2001).

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) (2012), la calidad de vida se define como: “el estado de complemento y bienestar físico, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada”.

Desde esta perspectiva, todo profesional de la salud debe entender a la enfermedad y procurar su tratamiento con base en los siguientes tres aspectos o factores: físico, mental y social (Oblitas, 2007).

En cambio (Caballo, 1996), señala que lo que define a la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino la evaluación que hace el individuo de dichas combinaciones.

De acuerdo a Cella (1998), la calidad de vida es definida como:

- La calidad de las condiciones de vida de una persona;
- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales;
- La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta;
- La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Según Quintero y González (1997), el termino calidad de vida se identifica con tres significados diferentes.

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

La calidad de vida se concibe en dos enfoques principales:

- a) La parte objetiva entendida como la satisfacción y sentido de bienestar y salud, basada en la posesión de bienes materiales (el estado funcional del sujeto (se evalúan en forma tangible) y;
- b) La parte subjetiva, que se refiere a como la gente percibe su vida desde el punto de vista emocional, considerando factores como, seguridad social, relaciones familiares, ideales, metas y objetivos en la vida; es decir, la sensación de bienestar (Cerezo, 2001).

Al respecto Romero (2009), describe que el concepto calidad de vida posee diversos enfoques, matices, significados y formas de comprenderlo, justificarlo y aplicarlo, e incluso, contiene un componente objetivo y uno subjetivo. Lo objetivo se refiere a las convenciones mundiales que existen sobre el concepto calidad de vida, a los resultados de investigación que ha adelantado la bioética, la sociología, la medicina, la antropología, la filosofía, la ingeniería ambiental, la psicología, la pedagogía y la teología, entre otras. Lo subjetivo, se relaciona a las múltiples formas de comprensión y manifestación personal del concepto, a la valoración de las actitudes, a aquello que es inherente en cada ser humano, al ser y al sentir y a los imaginarios personales y colectivos que inciden sustancialmente en la comprensión del concepto.

Según Alguacil (2000), existen otras expresiones similares en relación al concepto de calidad de vida, que se emplean habitualmente y que mantienen entre sí relaciones de complementariedad y oposición como:

-Nivel de vida: medida cuantitativa resultante de la suma de la capacidad de consumo privado y del acceso a servicios públicos.

-Modo de vida: forma colectiva de ser y estar en la vida determinada por patrones comunes de orden cultural.

-Estilo de vida: opción individual de desarrollo vital, dentro de la variabilidad condicionada por el nivel y el modo de vida.

-Desarrollo Humano: proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano, en primer lugar, de disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente.

1.2.3 Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la salud. Las tres dimensiones que de manera global e integradamente comprenden la calidad de vida según Kazak (1994), son:

- Física: es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos al tratamiento. No hay duda de que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- Psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- Social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Mientras que para González-Celis (2005), las tres dimensiones globales son:

- a). El estado funcional, es decir, aquello que la persona es capaz de hacer
- b) El acceso a los recursos y las oportunidades para usar esas habilidades con el fin de lograr sus objetivos
- c) La sensación de bienestar que hace referencia al nivel de satisfacción

En este sentido, Alguacil (2000), propone organizar las dimensiones de la calidad de vida en torno a tres ejes principales: bienestar, identidad cultural y calidad ambiental. Cada uno de estos ejes sirve para organizar un conjunto más amplio de

aspectos que están interrelacionados directamente entre sí, pero también con el resto de los ejes. Se trata, más que de una descripción detallada, de una propuesta operativa para el análisis y la acción.

Principales dimensiones presentes en la calidad de vida.

Calidad Ambiental	Bienestar	Identidad Cultural
Área territorial o <i>escala</i>	Condiciones objetivadas	Vínculos e interacciones sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Habitacional (vivienda) • Residencial (local, barrio) • Urbana y territorial (metrópoli -planeta) 	<ul style="list-style-type: none"> • Producción-Reproducción (empleo y trabajo doméstico) • Educación (aprendizaje y formación) • Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación y apropiación • Tiempo disponible (libre y liberado de ocio) • Relaciones sociales y redes sociales

Fuente: Alguacil (2000).

El reto fundamental para hacer operativo el concepto de calidad de vida reside en identificar adecuadamente las diversas dimensiones que lo componen. Su complejidad ha de ser reflejo, al menos en parte, de la propia complejidad del ser humano; de no ser así, se corre el riesgo de crear un constructo tan limitador como han resultado ser los que pretende sustituir Alguacil (2000).

De acuerdo a Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, (2009), las doce áreas que integran la calidad de vida son:

1. *Preocupaciones*: se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.

2. *Desempeño Físico*: se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
3. *Aislamiento*: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
4. *Percepción corporal*: se refiere al grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
5. *Funciones Cognitiva*: revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
6. *Actitud ante el tratamiento*: revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico
7. *Tiempo libre*: explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.
8. *Vida cotidiana*: revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios de rutinas a partir de una enfermedad.
9. *Familia*: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.
10. *Redes Sociales*: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.
11. *Dependencia Médica*: se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.
12. *Relación con el Médico*: se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante.

1.2.4 Evaluación de la calidad de vida

Una de las pocas instituciones internacionales que ha realizado un esfuerzo significativo por definir y medir la calidad de vida ha sido la OMS. Aunque ya en 1948 había incluido en su definición de *salud* ideas precursoras del concepto de calidad de vida, fue en 1991, con la creación de un grupo de trabajo para tratar el problema de la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamientos médicos -*WHO Quality of Life Group (WHOQOL Group)*-, cuando desarrolló una importante labor de consolidación. El enfoque del trabajo tenía un significativo carácter multicultural y uno de sus objetivos era definir conceptos y metodologías

aplicables de forma universal. El grupo de expertos llegó a un consenso sobre la medición de la calidad de vida, que debía ser:

- Subjetiva: recoger la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensional: incorporar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etcétera, incluyendo sentimientos positivos y negativos.
- Variable en el tiempo: la edad, la etapa vital y el contexto en que se encuentra cada persona marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran (Fernández y Yániz, 2002).

Para Gómez-Vela y Sabeh (2000), la evaluación del concepto presenta una situación parecida a los enfoques de investigación y podrían englobarse en dos tipos:

- Enfoques cuantitativos; cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida. Teniendo los siguientes indicadores:
 - sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.);
 - psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y
 - ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).
- Enfoques cualitativos; adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

De acuerdo a Martín (2008), en la medición y representación de la calidad de vida se distinguen cuatro niveles:

- Elementos materiales necesarios en la vida del hombre
- Bienes y valores no materiales necesarios al desarrollo intelectual del individuo y la sociedad

-Elementos que relacionen el bienestar individual y familiar con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios culturales y materiales

-Percepción de la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva

La evaluación de la calidad, resulta una tarea casi imposible por el desconocimiento de la naturaleza humana, los costes sociales y los costes ambientales. Multitud de trabajos y estudios en el campo de la atención a pacientes crónicos o a personas discapacitadas, han desarrollado diversas metodologías para medir la calidad de vida en casos más o menos particulares, (Romero, 2009).

1.2.5 Calidad de vida en los adultos mayores

Es difícil conceptualizar una igual calidad de vida para todos los individuos y para todas las sociedades, ya que está determinado por un lado por las valoraciones que realicen un grupo de expertos, quienes fijan los criterios y normas de las condiciones objetivas de una “buena” calidad de vida, y por el otro los mismos individuos, que a partir de sus propias valoraciones o percepciones sobre su vida y condiciones, las cuales se ven influenciadas por sus deseos y expectativas, que a su vez pueden estar formadas o deformadas en gran parte de las circunstancias, como el entorno, cultura y estándares (González-Celis, 2005).

La calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos (Fernández y Yániz, 2002)

Algunos autores consideran que en la tercera edad la calidad de vida debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad (Cabrera, 2001).

Según Lehr y Thomee (2003), sostienen también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”

Según Martín (2008), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”

Fernández y Yániz (2002), señalan que en la calidad de vida durante la vejez intervienen diferentes aspectos, entre ellos los siguientes:

1. Características de los ancianos: a) personalidad afectiva, depresión, ansiedad y hostilidad; b) funciones cognoscitivas, memoria, orientación, percepción, capacidad de aprendizaje, habilidades psicomotoras, atención, juicio e inteligencia; c) relaciones familiares y sociales, estructura familiar, patrón de relación con familia y amigos, competencia personal y bienestar, y adaptación ambiental.
2. Relaciones humanas: relaciones que se desarrollan entre el anciano y el entorno social que permiten un apoyo instrumental y afectivo a) pareja, estado civil, relación y satisfacción: b) familia, hijos, cosas en común, responsabilidad con respecto a los miembros y parientes; c) amigos, organizaciones a las que pertenece, tiempo que le dedica a los amigos y ocupación del tiempo libre.
3. Entorno físico: a) necesidades físicas externas, confort físico y arquitectónico, accesibilidad, diseño, características de seguridad y orientación;

b) necesidades físicas internas, intimidad o espacio de soledad para la intimidad de la pareja, comunicación o espacio para la interacción social, independencia, expresividad y control o posibilidad de modificar su entorno.

De acuerdo a Quintero y González (1997), la calidad de vida del adulto mayor debe ser ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario, ésta última se convertirá sólo en un incremento de la esperanza de la incapacidad, la cual indiscutiblemente se observa más en edades avanzadas. La calidad de vida en los adultos mayores de acuerdo a este autor, debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Estado de salud de la población anciana
- Determinar factores de riesgo
- Predecir discapacidades e incapacidades de este grupo de población
- Seguridad económica y material
- Protección social y familiar
- Participación y reconocimiento social
- Satisfacción, bienestar, mantener intereses.

El bienestar, la salud y la enfermedad aparecen como una causa de la calidad de vida que perciben tanto la población como el individuo. La salud no sólo está relacionada con la prolongación de la vida, sino con el mantenimiento de su calidad, lo que implica un nuevo cuestionamiento en los problemas de salud y su consecuencia teórica y práctica en la calidad de vida (Cerezo, 2001).

Las mayores preocupaciones de los adultos mayores tienen que ver principalmente con el estado de salud; por lo que muchas de las investigaciones realizadas se han enfocado a ésta importante área, la cual se relaciona directamente con la calidad de vida (Martín, 2008).

Según Asilí (2004), las cualidades del buen envejecimiento son:

1. Baja incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades.
2. Altas tasas de funcionalidad física y mental.

3. Disponibilidad de recursos materiales e independencia en su manejo.
4. Inserción en la sociedad y familia que permita contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional.
5. Realización de actividades productivas y satisfactorias, no necesariamente remuneradas.

Debe señalarse que estas características no son independientes, sino que hay una interacción entre ellas, y por tanto debe considerarse en un enfoque integral.

El principal reto de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas, a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y a su propia muerte, y es donde interviene el psicólogo para hacer que estos cambios que enfrentan sean asimilados de la mejor forma posible.

1.2.6 Calidad de vida de los adultos mayores en México

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento emitido en el año 2002, declara políticamente los compromisos que los gobiernos integrantes adquieren, asumen y ejercen para dar respuesta a los desafíos que plantea el envejecimiento en las formas de organización social, económica y cultural.

Con este propósito en México se han desarrollado políticas públicas para la atención de las personas adultas mayores donde se promueve el respeto a la dignidad humana, el goce a la libertad, la independencia, la protección, los cuidados y el bienestar integral, garantizándoles el ejercicio y cumplimiento de sus derechos, para dar respuesta se creó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), para brindar atención y servicios gerontológicos conforme a lo dispuesto en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para brindar protección, ayuda, atención, orientación, cuidado, empleo, ocupación, asistencia, solidaridad y respeto, detectando, analizando y respondiendo a sus necesidades elementales (INAPAM, 2012)

Los factores físicos, psicológicos y socioeconómicos interactúan de manera compleja para influir en la salud y el estado funcional de la población geriátrica. Es necesario el esfuerzo coordinado de varios profesionales que funcionen como equipo interdisciplinario (Oblitas, 2007).

Según el INAPAM (2012), para la asistencia integral de las personas adultas mayores, es necesario la integración de un equipo multi e interdisciplinario integrado por:

- Personal médico
- Trabajador social
- Psicólogo (a)
- Enfermero (a)
- Gericultista
- Técnicos en rehabilitación
- Voluntariado
- Familia

Sus principales funciones son:

- Realizar la planeación de objetivos y su evaluación
- Lograr un cambio de actitud en la persona adulta mayor, incidiendo en su entorno social y familiar

El personal que involucrado en el trabajo con las personas adultas mayores debe reunir las siguientes características: comportamiento profesional, conocimiento del tema, calidez y gentileza, empatía, respeto, autenticidad, flexibilidad, sentido del humor, lenguaje adecuado, tono de voz apropiado, habilidades pedagógicas, habilidad de escucha, habilidad de síntesis, manejo de situaciones familiares (INAPAM, 2012).

1.2.6.1 Aspectos legales enfocados al Adulto Mayor

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la que quedaron instituidas, como derechos fundamentales del hombre, su dignidad y valor como ser humano, así como la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

La Declaración Universal señala, en su Artículo 25, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios de seguridad social necesarios; tiene asimismo el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.

(http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/_cidhdh.htm)

Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad

Alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales:

Independencia

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de trabajar o tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades en continuo cambio.

6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones con personas afines.

Cuidados

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía protección y cuidado.

13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados independientemente de su contribución económica.

http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/_ciddh.htm

Responsabilidades de las Personas de Edad

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

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. Aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca.
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
5. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral.
6. Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
7. Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes.
8. Participar en la vida cívica de su sociedad.

9. Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.
10. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

([http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf))

Decálogo de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación. (Artículo 5°, fracción I)
2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial. (Artículo 5°, fracción II)
3. Derecho a la salud, alimentación y familia. (Artículo 5°, fracción III)
4. Derecho a la educación. (Artículo 5°, fracción IV)
5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado. (Artículo 5°, fracción V)
6. Derecho a la asistencia social. (Artículo 5°, fracción VI)
7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en tu comunidad (Artículo 5°, fracción VII)
8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Artículo 5°, fracción VIII)
9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público. (Artículo 5°, fracción XI)
10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte (Artículo 5°, fracción IX)

([http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf))

ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL TEMA

En este apartado se describen algunos estudios que se han realizado relacionados al tema de calidad de vida en adultos mayores, se presenta el resumen de estos trabajos de investigación con la finalidad de comparar métodos empleados y los resultados obtenidos.

“Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”

Autor: Martha Vera

Lugar y fecha: Trabajo de Tesis para optar el Grado de Doctor en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2007.

Objetivo: Comprender el significado que la expresión lingüística ‘calidad de vida del adulto mayor’ tiene para el adulto mayor y para su familia.

Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo–comprensivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales.

Lugar: Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos.

Participantes: Adultos mayores y sus respectivos grupos familiares.

Métodos: Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras, previamente validados.

Resultados: Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la ‘objetivación’ y el ‘anclaje’ y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales:

a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida.

Conclusiones: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Referencia: Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3) 284-290. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37968312>

“Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama”

Autor: Jovita Ocampo, José Luis Valdez-Medina, Norma Ivonne González-Arratia, Patricia Andrade-Palos, Luis A. Oblitas-Guadalupe y Raymundo Oliver García-Fabela.

Lugar y fecha: Toluca, México. 2011.

El objetivo de esta investigación fue conocer el grado de relación y la capacidad predictiva que tienen variables psicológicas con la calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer de mama.

Muestra: integrada por 50 mujeres en diferentes fases de tratamiento. Seleccionadas mediante un muestro no probabilístico de tipo intencional, todas con diagnóstico de cáncer de mama. De ellas 82% reciben tratamiento, 14% se encuentra en vigilancia y 4% habían sido diagnosticadas. El rango de edad es de 24 a 69 años, 64% tiene estudios de nivel superior, 62% son casadas, su ocupación es el hogar en un 48% y el 36% desarrollan una profesión como la docencia, el 90% profesa la religión católica y son residentes del Estado de México.

Instrumentos: Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos que incluyen la ficha de identificación (edad, escolaridad, ocupación, estado civil) y variables clínicas (fase de tratamiento de la enfermedad, tipo de tratamiento y efectos secundarios al tratamiento). Para la medición de CV se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (Riveros, Del Águila y Sánchez-Sosa, 2009),

que consta de 53 reactivos con 12 dimensiones que son: 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.

Se aplicó el Inventario de estilos de Afrontamiento de R. H. Moos, en su versión traducida y adaptada al español por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano (1988). Contiene 34 reactivos, agrupados en seis dimensiones que son: análisis lógico, resolución de problemas, contención emocional, búsqueda de guía y soporte, aceptación-resignación y evitación cognitiva.

Se aplicó la Escala de Resiliencia SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008), adaptada a muestras mexicanas para este estudio. La escala adaptada se conforma de 52 reactivos con seis opciones de respuesta que van de nunca a siempre. Tiene ocho factores que explican un 60.25% de varianza y son: apoyo social, autonomía, fortaleza personal, metas, sentido de vida, vínculos, autoestima y afectividad. Finalmente se aplicó la Escala multidimensional de Medida de Religiosidad y Espiritualidad (Abeles, Ellison, George, Ilder, Krause, Levin y cols., 2003), en su versión traducida para México por González-Arratia, Valdez, Oudholf y González (2009). Consta de 27 reactivos en formato tipo Likert, que evalúan actividades relacionadas con las creencias religiosas y espirituales estimadas en 8 dimensiones: experiencias espirituales cotidianas, valores, creencias, historia religiosa y espiritual, perdón, organización religiosa, afrontamiento espiritual y religioso y práctica religiosa.

Resultados: Se confirmó una relación positiva y significativa entre la CV con el afrontamiento y la resiliencia. El estilo de afrontamiento por análisis lógico y la fortaleza fueron predictores de la CV.

Se concluye que el afrontamiento y la resiliencia incluidos en programas de intervención pueden incrementar la CV en pacientes con cáncer de mama.

Referencia: Ocampo, J., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L. A. & Oliver García-Fabela, R. (2011). Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XX(3) 265-269. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826009>

“Salud mental y calidad de vida en adultos mayores”

Autores: María Elena Flores Villavicencio, Cecilia Colunga Rodríguez, Mario Ángel González, María Guadalupe Vega López y Guillermo Alonso Cervantes Cardona.

Lugar y fecha: Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 2013.

El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de salud mental y calidad de vida en adultos mayores de una colonia en Guadalajara, México.

Diseño: para el estudio fue descriptivo y trasversal, de corte cuantitativo y con muestreo no probabilístico. Se utilizó una muestra no probabilística, constituida por 333 personas que cumplieron los criterios de inclusión, ingresados por casos consecutivos.

Instrumentos: se utilizaron instrumentos validados para población mexicana; para calidad de vida el WHOQOL-BREF, con alfa de cronbach de 0.88 y para salud mental, el Cuestionario de Salud General de Goldberg fiabilidad de 0.76.

Los resultados: en la calidad de vida por dimensiones, fueron los siguientes: Salud Física 87.9%, Ambiente 85.8%, Relaciones Sociales 79.2% y Salud Psicológica 72.0%; en el puntaje total, un 60.1% de los adultos mayores calificó como buena su calidad de vida. Se identificó un 41.7% de insatisfacción y mala calidad de vida en relación a la edad ($p=0.05$); respecto a su salud, 46.8% la consideraron como regular y un 34.2% como buena.

Conclusiones: se requiere de una integración de los recursos científicos, realizar modificaciones en los sistemas de salud, así como propiciar un cambio cultural, que valore esta etapa de la vida y en consecuencia se proporcione un trato digno y especializado al adulto mayor, con lo que se podría lograr el disfrutar de esta última etapa de vida, considerándola no como el declive de la existencia, sino como una fase de plenitud, con todas las características que ello conlleva.

Referencia: Flores, M., Colunga, C., González, M., Vega, M. & Cervantes, G. (2013). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Revista Uaricha de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. ISSN: impreso 1870-2104 10(21),(enero-abril, 2013). Recuperado de http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1021_001-013.pdf

II. MÉTODO

2.1 Objetivo general

Describir cómo perciben su calidad de vida los adultos mayores, del sexo femenino del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca.

2.2 Objetivos específicos

Describir cómo perciben las mujeres adultas mayores del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca, su desempeño físico, refiriéndose a la capacidad para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.

Describir el grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se perciben las mujeres adultas mayores del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca.

Explorar el apoyo emocional que perciben de su familia, las mujeres adultas mayores del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca.

2.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación

El ser humano no reflexiona acerca de las etapas de la vida que está viviendo y que le faltan por vivir, principalmente se enfoca en el presente sin prever el futuro, sin considerar que con la edad la participación en la sociedad se va devaluando y rezagando, las mujeres son las que principalmente quedan excluidas y a la vez recluidas en el ámbito familiar, quedando a cargo del cuidado de la casa, crianza y educación de los nietos, olvidando aspectos importantes de su cuidado personal como lo son la alimentación, salud física, emocional y social. Por otra parte mujeres mayores que aún se encuentran activas en instituciones públicas son aisladas o asignadas a trabajos de archivo o donde no implique la toma de decisiones y relegadas a un solo espacio.

Las problemáticas a las que se enfrentan los adultos mayores son diversas por ejemplo el abuso financiero, discriminación dentro del núcleo familiar, falta de asesoría para realizar trámites legales, falta de apoyos económicos, abandono, maltrato físico o verbal, entre otros más, a pesar de contar con algunos beneficios a nivel gubernamental, no son suficientes para promover entre ellos una mejora en su calidad de vida.

El adulto mayor dentro de su vida diaria es una persona que tiene mucho que aportar a la sociedad y debe sentirse pilar fundamental de esta construcción. Pensar a futuro es prever alternativas de solución a un problema al que no se le ha dado la importancia que merece.

Por lo que en el presente trabajo surge la siguiente pregunta de investigación:
¿Cómo perciben su calidad de vida los adultos mayores, del sexo femenino del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca?

2.4 Planteamiento de hipótesis

En esta investigación por ser un estudio de tipo descriptivo solo se deseó obtener un panorama más preciso del problema, por lo tanto no se planteó hipótesis, solo se dio respuesta a las preguntas de investigación.

2.5 Tipo de estudio o investigación

La presente investigación se ubica como descriptiva, ya que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista, (2008) en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga.

2.6 Definición de variables

Las variables se definen como una propiedad que puede variar (adquirir diversos valores) y cuya variación son susceptible de medirse (Pick y López, 2002)

Las variables que se emplearon en esta investigación son de tipo atributivas, son todas aquellas que se miden y no pueden ser manipuladas, que son atributos humanos y donde el experimentador no tiene control de ellas (Kerlinger, 2002). Estas variables preexisten en los sujetos estudiados, ya están dadas.

Definición conceptual:

Calidad de Vida: es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (OMS, 2012).

Definición operacional: para medir la variable se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) 2009; el cual está integrado por doce áreas:

- 1. Preocupaciones:** se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
- 2. Desempeño Físico:** se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
- 3. Aislamiento:** explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
- 4. Percepción Corporal:** se refiere al grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
- 5. Funciones Cognitiva:** revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
- 6. Actitud ante el Tratamiento:** revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico
- 7. Tiempo Libre:** explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.

8. Vida Cotidiana: revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios de rutinas a partir de una enfermedad.

9. Familia: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.

10. Redes Sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.

11. Dependencia Médica: se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.

12. Relación con el Médico: se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009).

2.7 Definición de universo de estudio

La población o universo de estudio se define como el conjunto de individuos que comparten por lo menos una característica en particular (Kerlinger, 2002).

El universo de estudio son todas las mujeres adultas mayores que viven en el municipio de Toluca.

2.8 Definición de muestra, tamaño y obtención

Según Hernández, *et., al.* (2008) la muestra es un subgrupo de la población.

En la investigación se trabajará con 30 mujeres adultas mayores de 60 años del sexo femenino, que pertenecen al grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca.

Pertenecen a una muestra no probabilística intencional, es decir un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación (Hernández, *et., al., 2008*). Los criterios de inclusión fueron: ser del sexo femenino, contar con una edad de 60 años o más, asistencia regular al grupo jóvenes por siempre y la respuesta positiva a la invitación a contestar el cuestionario.

2.9 Selección, adaptación y/o diseño de instrumento

Para esta investigación se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), de los autores Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. y Del Águila, M. en el 2009. El objetivo de este inventario es medir la calidad de vida de pacientes en una escala suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones.

Se empleará este inventario por los beneficios y características para la medición de calidad de vida como lo es la brevedad de aplicación, sencillez en la administración, inclusión de condiciones de salud, criterios de precisión (Consistencia interna, confiabilidad), validez, y el diseño que partió de diferentes escalas de calidad de vida en padecimientos crónicos.

El InCaViSa se desarrolló a partir del Instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQoL-Bref) versión adaptada para México.

Este instrumento tiene una validez concurrente, es decir se fija en el presente, los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo (Hernández, *et. al.*, 2008)

Está integrado por 53 reactivos divididos en 12 áreas, con 4 reactivos, sección de datos sociodemográficos y hoja de perfil.

Puede ser autoaplicable, con una duración de entre 15 y 20 minutos.

Áreas de InCaViSa

1. Preocupaciones: se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
2. Desempeño Físico: se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
3. Aislamiento: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.

4. Percepción corporal: se refiere al grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
5. Funciones Cognitiva: revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
6. Actitud ante el tratamiento: revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico
7. Tiempo libre: explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.
8. Vida cotidiana: revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios de rutinas a partir de una enfermedad.
9. Familia: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.
10. Redes Sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.
11. Dependencia Médica: se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.
12. Relación con el Médico: se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009).

Para mantener la dirección de la calidad de vida se invirtieron las áreas negativas en sus reactivos, (Percepción corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre y Vida cotidiana); a mayor puntuación, mejor calidad de vida (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009).

Este instrumento tiene un formato de opción múltiple, en escala Likert con seis opciones de respuesta, que van de nunca a siempre y con un componente porcentual de 0 a 100.

Nunca 0 puntos	Casi nunca 1 punto
Pocas veces 2 puntos	Frecuentemente 3 puntos
Casi siempre 4 puntos	Siempre 5 puntos

2.10 Diseño de la investigación congruente con el método

El diseño de esta investigación es transeccional o transversal, ya que se recolectaron los datos en un sólo momento (en un tiempo único), el propósito fue describir una variable en un grupo de personas, y proporcionar la descripción de ésta. Para lograr esto se siguieron los siguientes pasos:

1. Se invitó de manera personal a las personas adultas mayores de 60 años, a participar en la investigación, invitando a contestar el instrumento InCaViSa,
2. Se realizó la aplicación del instrumento, leyendo instrucciones claramente para evitar confusiones. Se resolvieron dudas que surgieron, sobre todo en la forma de contestar. Se ayudó a contestar a las personas que presentaban dificultades visuales o de escritura.
3. Se vaciaron los datos en una plantilla.
4. Se procesaron los datos para obtener tablas, figuras y cuadros.
5. Se analizaron y describieron los resultados

2.11 Especificación de la captura de información

1ª Etapa. Investigación Documental.

2ª Etapa. Elaboración del Proyecto.

3ª Etapa. Elaboración del Marco Teórico.

4ª Etapa. Investigación de Campo (aplicación del Instrumento)

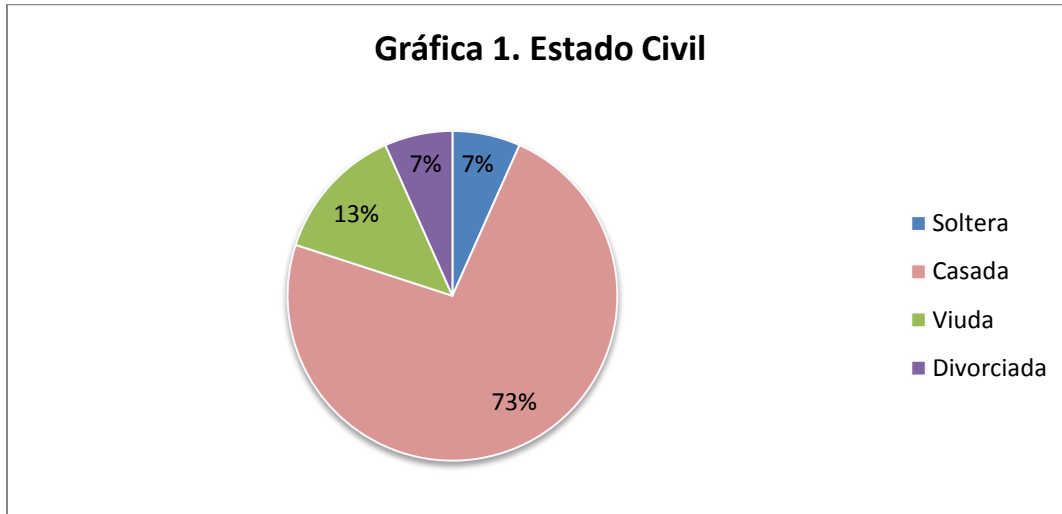
5ª Etapa. Captura y procesamiento electrónico de datos. (Para lo cual se utilizó el programa Excel).

2.12 Procesamiento de información

De acuerdo a las características de la información, la naturaleza e intención del estudio, se trabajó con estadística descriptiva a través de frecuencias y percentiles.

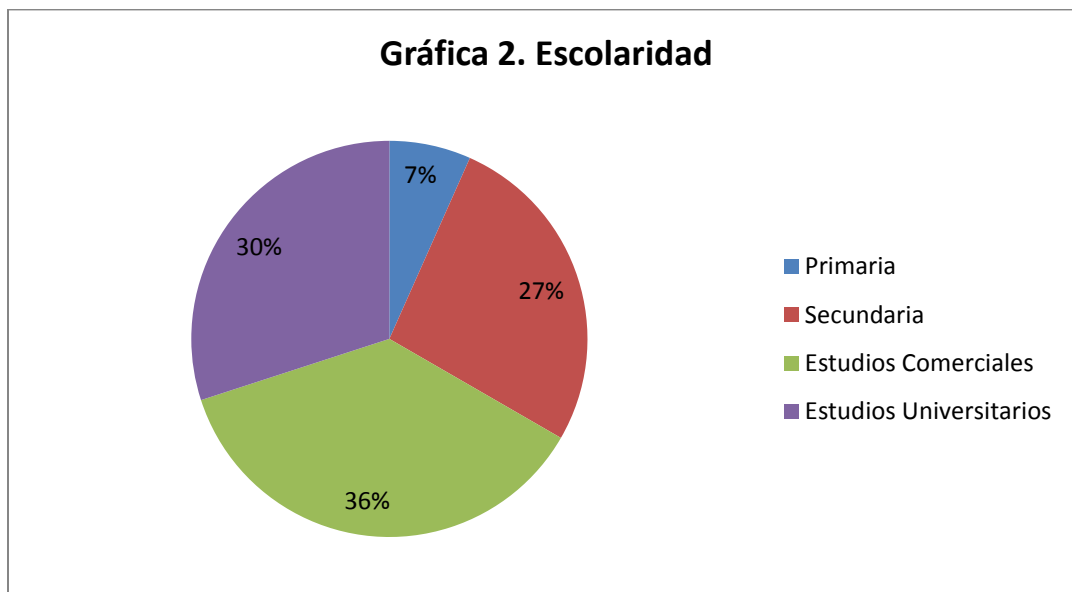
RESULTADOS

En este apartado se describirá la situación sociodemográfica de las mujeres adultas mayores, que participaron en la aplicación del InCaViSa, las cuales se encontraban en un rango de edad de los 60 a los 75 años.



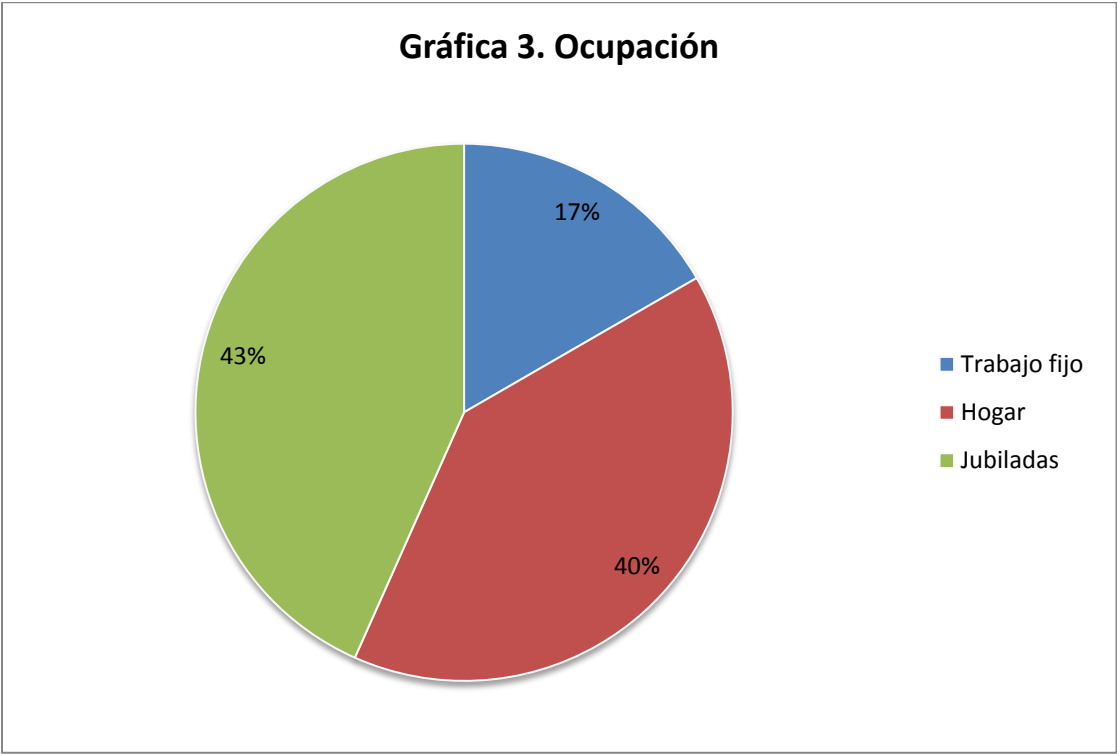
FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa.

En la gráfica 1 se describe el estado civil de las participantes, la mayoría es casada con el 73%, siguiendo el estado de viudez, finalmente el de divorciada y solteras.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

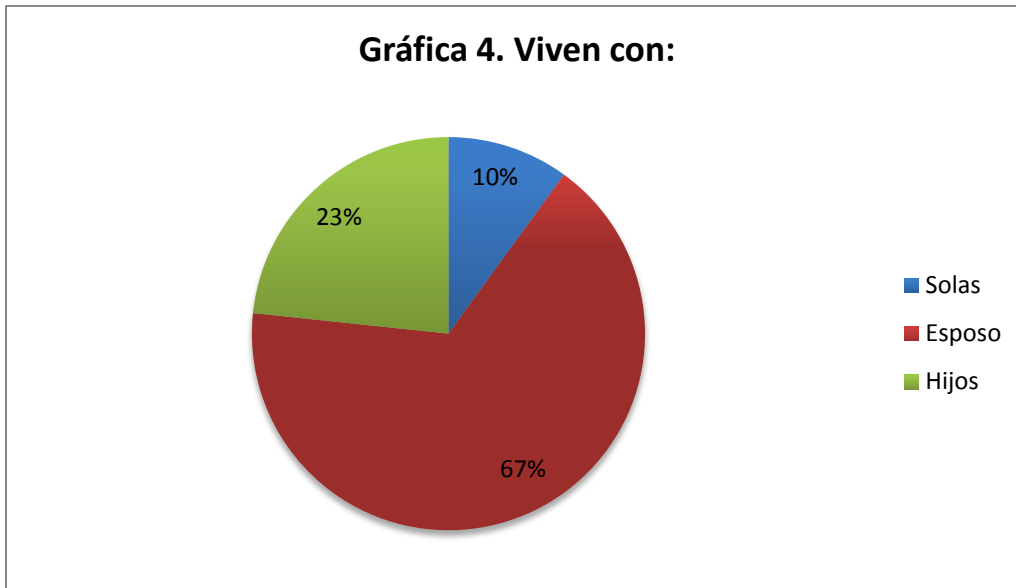
La gráfica 2 muestra la escolaridad con la que cuentan las participantes, el 36% con estudios comerciales (carreras técnicas), seguida por estudios universitarios, y por el más bajo nivel fue primaria completa, lo que indica que en su mayoría son mujeres preparadas y con estudios.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

La gráfica 3 describe que la mayoría de las mujeres de esta edad son jubiladas, y se dedican al hogar, solo el 17% aún tienen un trabajo fijo y se dedican al comercio o cuidado de personas enfermas.

De manera general el ingreso promedio es de 9,000 pesos mensuales, en un rango de 1,300 hasta los 18,000 mil.

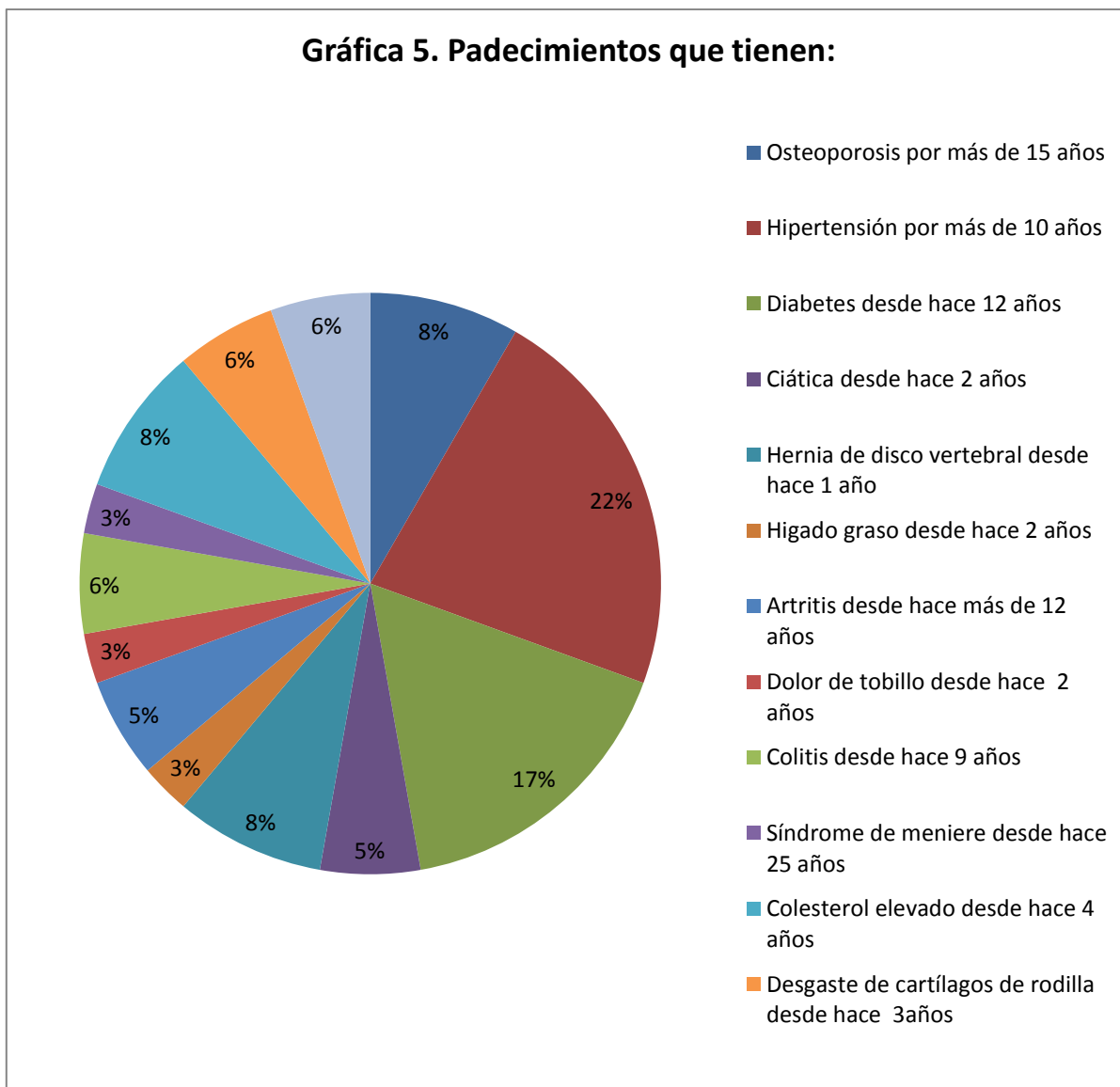


FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

La gráfica 4 muestra que las mujeres adultas mayores viven en principalmente con su esposo, en algunos casos con los hijos y el 10% viven solas.

El 90% de esta población cuenta con servicios médicos como el ISSSTE, IMSS o ISSEMYM, solo el 10% no tiene acceso a estos servicios, y usan el seguro popular o asisten a clínicas privadas.

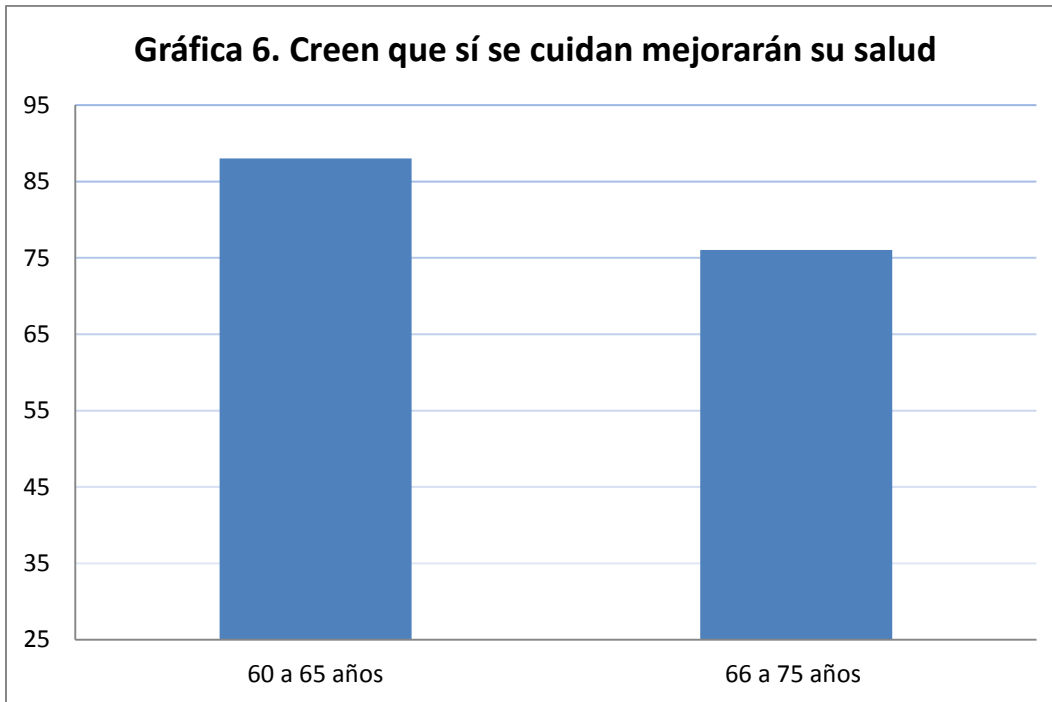
Gráfica 5. Padecimientos que tienen:



FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

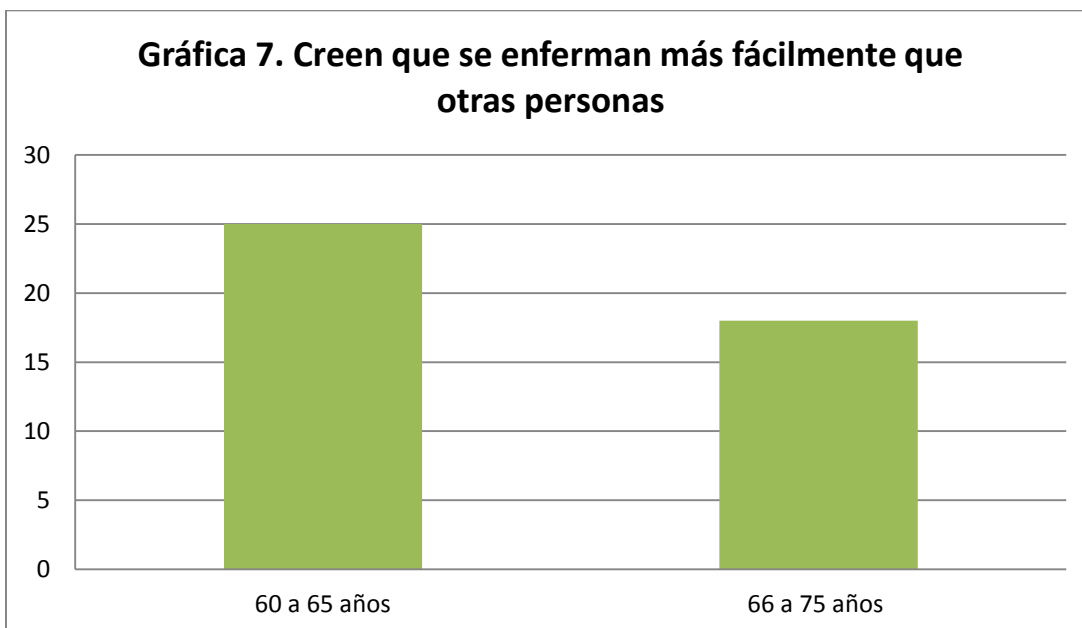
La gráfica 5 indica las principales enfermedades que tienen estas mujeres siendo las principales hipertensión y diabetes, y las tienen desde hace más de 10 años, seguidas por la osteoporosis, artritis, hernias y otras que limitan y deterioran su salud.

Para tener un rango de comparación se dividió a las participantes en dos grupos de acuerdo a la edad y así observar si existían diferencias en la manera en que perciben su calidad de vida, quedando dos grupos de 15 mujeres, uno de 60 a 65 años y el otro de 66 a 75 años.



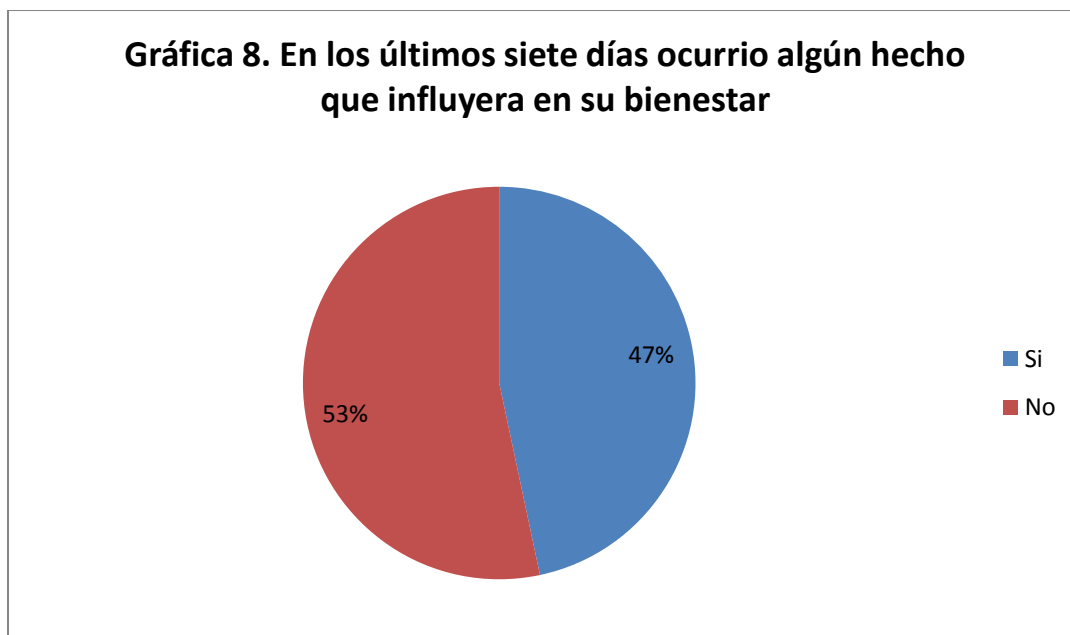
FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

En la gráfica 6 se observa que ambos grupos consideran que sí se cuidan mejorarán su salud, sin embargo el primer grupo obtuvo mayor puntaje.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

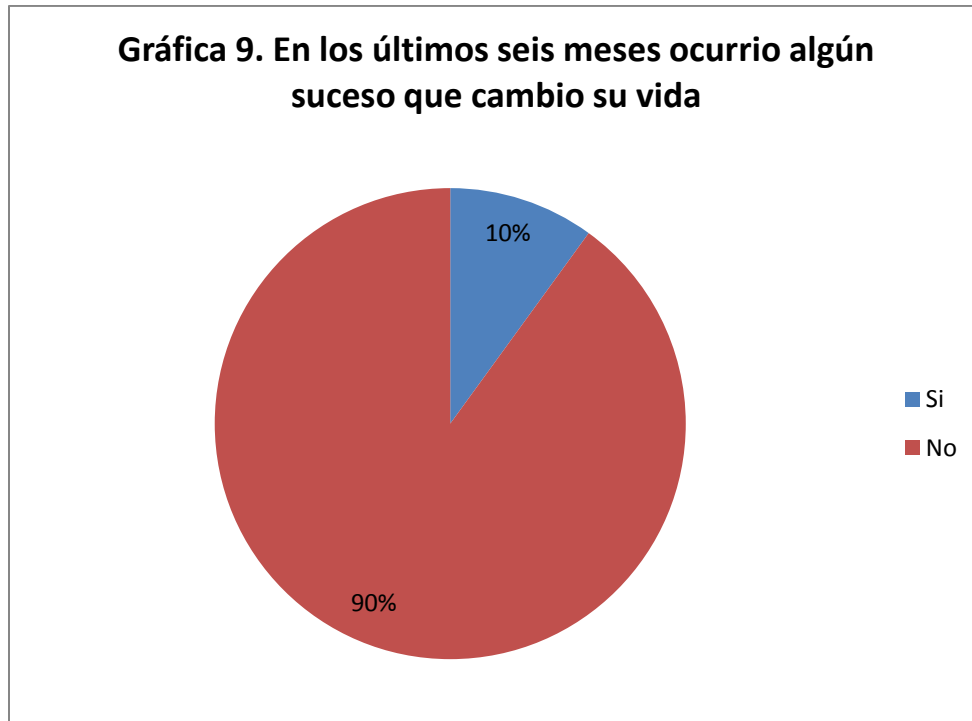
En la gráfica 7 se observa que las personas de 66 a 75 años consideran que no se enferman más fácilmente que otras personas, y las de 60 a 65 años obtuvieron mayor puntaje que el otro.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

En la gráfica 8 un 53% de las mujeres que contestaron el instrumento respondieron que no habían tenido problemas, sin embargo el 43% indicó que sí les había ocurrido algo como disgustos, problemas familiares, dificultades con su salud.

Gráfica 9. En los últimos seis meses ocurrió algún suceso que cambio su vida



FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

En la gráfica 9 se muestra que en el último semestre al 90% de las mujeres no les ocurrieron sucesos importantes, y solo el 10% consideran que sí, entre los que se encuentra la pérdida del trabajo de un hijo y la muerte de un familiar.

InCaViSa

El InCaViSa está integrado por 12 áreas para evaluar la calidad de vida, de las cuales, 5 son negativas y su puntuación se invierte, 4 áreas que a mayor puntuación mejor calidad de vida, y 3 áreas que a mayor puntuación mayor deterioro.

Tabla 1. Resultados generales

Áreas de la calidad de vida	percentil	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
		100 a 75	74 a 50	49 a 25	24 a 0
1. Preocupaciones	12				
2. Desempeño físico	77				
3. Aislamiento	10				
4. Percepción corporal	7				
5. Funciones cognitivas	28				
6. Actitud ante el tratamiento	15				
7. Familia	94				
8. Tiempo libre	13				
9. Vida cotidiana	9				
10. Dependencia médica	25				
11. Relación con el médico	50				
12. Redes sociales	87				

	A mayor puntuación, mejor calidad de vida		A mayor puntuación, mayor deterioro		Áreas que se invierten Muy alta de 0 a 24 Alta de 25 a 49 Baja de 50 a 74 Baja muy baja de 75 a 100
--	--	--	--	--	---

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

De manera general de acuerdo a los resultados del instrumento se observa que estas mujeres adultas mayores perciben que tienen muy buena calidad de vida, ya que sus resultados así las ubican, apoyándose principalmente de su familia y de sus redes sociales, sólo habría que fortalecer un poco en el área de relación con el médico. Consideran que hasta ahora las enfermedades que padecen y su edad no ha sido una limitante para realizar actividades físicas, disfrutar de su tiempo libre y su vida de manera general.

Tabla 2. InCaViSa por grupos de edades

Áreas de la calidad de vida	60 a 65 años	66 a 75 años	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
	Percentil	Percentil	100 a 75	74 a 50	49 a 25	24 a 0
1. Preocupaciones	16	8				
2. Desempeño físico	78	75				
3. Aislamiento	12	7				
4. Percepción corporal	0	13				
5. Funciones cognitivas	28	28				
6. Actitud ante el tratamiento	15	15				
7. Familia	97	94				
8. Tiempo libre	15	10				
9. Vida cotidiana	8	9				
10. Dependencia médica	31	19				
11. Relación con el médico	72	30				
12. Redes sociales	86	87				

A mayor puntuación, mejor calidad de vida	A mayor puntuación, mayor deterioro	Áreas que se invierten Muy alta de 0 a 24 Alta de 25 a 49 Baja de 50 a 74 Baja muy baja de 75 a 100
---	-------------------------------------	---

FUENTE: Elaboración propia a partir de los resultados del InCaViSa

Entre ambos grupos solo se encuentran diferencias en las áreas de dependencia médica y en relación con el médico, lo cual indica que las mujeres de 60 a 65 años, tienen mayor dependencia con el médico, aunque este mismo grupo tiene una mejor relación con el médico, esto indica que este grupo es más dependiente del médico para el cuidado de su salud, pero a la vez si realiza los tratamientos indicados y asiste a las consultas que se le indican.

De manera general las mujeres adultas mayores evalúan su calidad de vida como muy alta, es decir cómo la mejor calidad de vida posible que ellas consideran que pueden tener, también consideran su salud en general como buena y comparándola con el año pasado ahora sigue siendo buena, todo esto es confirmado con los resultados del instrumento.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se evaluó la calidad de vida de 30 mujeres adultas mayores del grupo “Jóvenes por siempre” del municipio de Toluca, cuya edad oscila entre los 60 a 75 años, la mayoría están casadas, jubiladas y se dedican al hogar, y viven con su esposo o hijos.

Durante la aplicación del instrumento se contaron con algunos inconvenientes al inicio, mostraron desconfianza para proporcionar datos sociodemográficos, por lo que se de manera individual se les repitió la finalidad de la investigación y cooperaron totalmente.

Esta población cuenta con preparación académica, todas saben leer y escribir, lo que se refleja en sus ingresos promedio mensuales que son de 9 mil pesos. La mayoría cuentan con servicios médicos como el ISSSTE, IMSS, ISSEMYM y Seguro Popular, que a su vez les sirven para atender las enfermedades que padecen siendo la hipertensión y la diabetes la que prevalecen principalmente. Sin embargo consideran que sí se cuidan mejorarán su salud y que no se enferman más que otras personas.

Los resultados muestran que aunque las mujeres adultas mayores padezcan enfermedades crónicas o agudas, no se sienten limitadas en su interacción con otros, se perciben con la capacidad de desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo. Se sienten muy apoyados emocionalmente por sus familias, por lo que no se sienten solas o aisladas, y esto es constatado, ya que en su mayoría viven con sus esposos y con algún hijo, además de que todas estas mujeres pertenecen al grupo de “Jóvenes por siempre”.

Coincide con lo que propone Vera, (2007) que el adulto mayor, en su vida cotidiana, a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa,

sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión; mayor será su calidad de vida.

Se encuentran satisfechas con el aspecto físico que se perciben, tratan de cuidarse y realizar actividades físicas en el grupo que las favorecerán. También consideran que aún presentan problemas graves en sus funciones de memoria y concentración.

Muestran agrado ante el tratamiento médico, depositando bajamente la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, y se encuentran cómodas con la atención que les brindan sus médicos tratantes.

No consideran sus padecimientos y edades como obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas, se encuentran satisfechas con los cambios de rutinas que tiene que realizar. Al contrario de lo que menciona Belsky, (2003) que muchos ancianos se encorvan y mueven poco las extremidades superiores e inferiores, suelen arrastrar los pies al caminar y necesitan el apoyo de bastones, andaderas, o el brazo de otra persona, lo que limita el desplazamiento y desenvoltura.

Para tener un rango de comparación se dividió a las participantes en dos grupos de acuerdo a la edad y así observar si existían diferencias en la manera en que perciben su calidad de vida, quedando dos grupos, uno de 60 a 65 años y el otro de 66 a 75 años, y la única diferencia que se encontró entre ambos grupos es en la dependencia médica, el primer grupo deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante y este grupo también se sienten muy cómodas con la atención de sus médicos tratantes.

De manera general consideran que tienen la mejor calidad de vida posible, también consideran su salud en general como buena y comparándola con el año pasado ahora sigue siendo buena, todo esto es confirmado con los resultados del instrumento. Este resultado contrasta con el que obtuvo Vera, (2007) donde solo 6 de cada 10 de los adultos mayores evaluados en su estudio, percibieron su calidad de vida como buena, a su vez se apoyaba en el estudio realizado por Kazak (1994), quien señala que la calidad de vida percibida por los adultos mayores, es consecuencia del propio proceso de envejecimiento, además de que influyen otros factores como ser pobres y maltratados, y en este caso las mujeres adultas mayores en su mayoría tienen ingresos económicos y no sufren maltrato.

Los resultados obtenidos también contrastan con los de Ocampo, *et al.*, (20011), donde los pacientes en su caso mujeres en diferentes etapas de cáncer, presentaron una CV muy baja, 22% tienen una CV baja, 52% una CV normal, 10% presentaron una CV alta y 6% una CV muy alta.

En los resultados se observa que estas mujeres adultas mayores tienen una buena calidad de vida, aunque hace falta realizar un estudio con mujeres adultas mayores que no estén integradas a un grupo y poder contrastar los resultados. Al respecto Caballo (1996), señala que lo que define a la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino la evaluación que hace el individuo de dichas combinaciones.

CONCLUSIONES

El grupo poblacional de adultos mayores se va incrementando año con año, y aún hacen falta muchas políticas que garanticen sus derechos y oportunidades de llevar una vida digna con calidad, no basta con incrementar los años de vida, sino la calidad de esta.

De acuerdo con Cinta, (2006) la duración, impacto en las relaciones y roles desempeñados, así como el significado que se atribuye a la vejez varían de acuerdo con las condiciones socioculturales en las que se encuentra el individuo, en este caso pertenecen a un grupo donde comparten tiempo, experiencias y son de la misma zona. El pertenecer al grupo “Jóvenes por siempre” les ha permitido, tener un envejecimiento positivo que de acuerdo a García (2003), se refiere a la participación continua de las personas adultas mayores, individual o colectivamente, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, es decir tomar el control de su vida hasta donde su autonomía se lo permita.

Las mujeres trabajan mayor cantidad de horas que los hombres, pues al tiempo laboral agregan el tiempo doméstico, actividad que realiza fundamentalmente la mujer y que no es contabilizada en ningún país (Cinta, 2006), y esto sigue dándose en las adultas mayores, que después de su jubilación o retiro siguen ocupándose de sus casas y del cuidado y crianza de nietos.

Aunque las mujeres adultas mayores padezcan enfermedades crónicas o agudas, no se sienten limitadas en su interacción con otros, se perciben con la capacidad de desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo. Se sienten muy apoyados emocionalmente por sus familias, por lo que no se sienten solas o aisladas, y esto es constatado, ya que en su mayoría viven con sus esposos y con algún hijo, además de que todas estas mujeres pertenecen al grupo de “Jóvenes por siempre”.

Fernández y Yániz, (2002) mencionan que la calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de

salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos. En el estudio muchas de las mujeres que participaron padecen enfermedades crónicas, son jubiladas y siguen realizando labores en el hogar e incluso son responsables de la crianza y educación de sus nietos, y aun así se percibe que tienen buena calidad de vida.

Es importante hacer un cambio social en pro de la cultura del envejecimiento que permita una visión panorámica de las necesidades que esta población requiere y propiciar un estado de bienestar y plenitud que permita una adaptación favorable de los cambios suscitados durante esta etapa.

Es necesario fomentar y promover el envejecimiento positivo de los adultos mayores, donde se da el afrontamiento de una nueva etapa vital con cambios significativos en los estilos de vida, la ocupación del tiempo y las vivencias familiares y personales son de trascendental importancia. La intervención de los psicólogos y demás profesionales de la salud será desde la preparación y adaptación a la jubilación, al afrontamiento de las situaciones de duelo ante las pérdidas, pasando por las iniciativas tendientes al desarrollo cultural, intelectual y personal de las personas mayores.

SUGERENCIAS

-Aplicar métodos cualitativos en los estudios con adultos mayores para recoger datos y poder profundizar en las respuestas que dan.

-Promover y difundir más la psicología de la vejez dentro instituciones o espacios formadores de especialistas en psicología y en la población en general.

-Promover y difundir los derechos de las personas Adultas Mayores.

-Promover actividades de orientación psicológica y de salud al interior del grupo “Jóvenes por siempre”

BIBLIOGRAFÍA

Aguado, G. (2005) *Evaluación de la calidad de vida en una muestra de pacientes oncológicos pediátricos derechohabientes a una institución de salud pública*. Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM, Toluca, México.

Aleixandre, M. (2004). Soledad en las personas mayores. En: Yuste, N. Rubio, R. y Aleixandre, M. *Introducción a la psicogerontología*. España: Pirámide.

Alguacil, J. (2000) *Calidad de vida y praxis urbana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI, <http://habitat.aq.upm.es/cvpu/>

Asilí, N. (2004) *Vida plena en la vejez*. México: Pax.

Belsky, J. (2003). *Psicología del Envejecimiento*. España: Thomson.

Brigeiroa, M. (2005) Envejecimiento exitoso y tercera edad; problemas y retos para la promoción de la salud: *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín, XXIII (1)

Buendía, J. (1997) *Gerontología y Salud: perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva Era.

Caballo, E. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo XXI

Cabrera, S. (2001) La calidad de vida en adolescentes consumidoras de cocaína. Tesis de licenciatura, México: UNAM. Iztacala

Castelló, A. & Alexandre, M. (2000) *Trastornos de la afectividad en adultos mayores*. En: *Temas de gerontología III*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Cella, F. (1998) Reacciones emocionales del paciente ante el diagnóstico de cáncer. Madrid: Herder.

Cerezo, S. (2001) La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida. Tesis de licenciatura, México: UNAM. Iztacala

Cinta, D. (2006) *La vejez ¿respetabilidad de la familia?* En: Delgado, B. (Coord.) *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Vol. 2. México: Mc Graw Hill

Consejo Nacional de Población. (CONAPO). (2005). Carpeta Informativa. 11 de julio. Día Mundial de la Población. *Consejo Nacional de Población*. Disponible en: www.conapo.gob.mx/prensacarpeta2005.

Corral, A. (2008) El desarrollo psicológico durante la vida adulta. En: Delgado, B. (Coord.) *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Vol. 2. México: Mc Graw Hill

Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948 en París. Fue aprobada y proclamada el 10 de diciembre de 1948

Díaz, M. (2008) *Principales trastornos en la edad adulta y vejez*. En: Delgado, B. (Coord.) *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. Vol. 2. México: Mc Graw Hill

Fernández, L. & Yániz, B. (2002) Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en esquizofrenias; *Informaciones psiquiátricas*, 169, en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm

Fernández-Ballesteros, R. (2002) *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Flores, M., Colunga, C., González, M., Vega, M. & Cervantes, G. (2013). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. *Revista Uaricha de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*. ISSN: impreso 1870-2104 10(21), (enero-abril, 2013). Recuperado de http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1021_001-013.pdf

Fuguet, J. & Caner, C. (1993) El anciano Sano. En: *Enfermería geriátrica*. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas.

García, B. (2003) *Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual* (parte A). *Estudios sociodemográficos y urbanos*. Mayo-Agosto (53)

Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. (2000) Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>

González-Celis A. (2005) ¿Cómo mejorar la calidad de vida y en bienestar subjetivo de los ancianos? En Garduño, Salinas & Rojas (coordinadores). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.

Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2008) Metodología de la Investigación. 4ª México: McGraw Hill.

INAPAM, (2012) Modelos de atención gerontológica. Recuperado de:
[http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)

INEGI, (2005) Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Recuperado el 25 de febrero de 2014, de:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf

Kazak, L. (1994) Problemas y dilemas en la definición de la calidad de vida. Madrid: Paidós.

Kerlinger. F.R. (2002). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México: Interamericana.

Lammoglia, E. (2007). *Ancianidad ¿camino sin retorno?* México: Grijalbo.

Lefrancois, R. (2001). *El Ciclo de la vida*. México: Thomson.

Lehr, U., y Thomee, H. (2003) *Psicología de la senectud: procesos y aprendizaje del envejecimiento*. México: Herder

Márquez, M. T. (2007). *Transición. Envejecer no es de cobardes*. México: Norma.

Martín, J. (2008) *Psicoterapia en la edad tardía. Clínica y salud*. España; Masson.

Mérida, L. (2009) *Redes de apoyo social en la calidad de vida de los adultos mayores*. Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias de la Conducta, UAEM, Toluca, México.

Monroy, A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. En http://www.amapsi.org/portal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=103

Muñoz, T., Motte, J., (2002) *Psicología del envejecimiento*. Granada: Pirámide.

Oblitas, A. (2007). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.

Ocampo, J., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L. A. & Oliver García-Fabela, R. (2011). Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (3) 265-269. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826009>

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2007) Estudio económico y social mundial, 2007. *El desarrollo en un mundo que envejece*. Disponible en: www.un.org/esapolicy/wesswess2007/filesoserverviewlanguagesverview_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012) *Datos epidemiológicos*. 10 datos sobre el envejecimiento. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Papalia, D. (1998) *Psicología del desarrollo*. México: McGraw Hill.

Pérez, C.J. (2004) *La psicología del desarrollo*. España. McGraw Hill.

Pick, S. y López, A. (2002) *Como investigar en ciencias sociales*. México: Trillas.

Quintanilla, M. (2000) *Causas y consecuencias del envejecimiento; en enfermería geriátrica: cuidados integrales en el anciano*. Barcelona: Mons.

Quintero, G. y González, C. (1997) *Calidad de vida. Contexto socioeconómico, salud en personas de edad avanzada*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Riveros, A., Sánchez-Sosa, J y Del Águila, M., (2009) *Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.

Romero, P. (2009) *Hacia una comprensión del concepto calidad de vida*. Una lectura multidisciplinar. Recuperado de: www.pedagogiadelahumanizacion.org

Salvarreza, L. (2000) *La vejez. Una mirada gerontológico actual*. Argentina: Paidós.

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3) 284-290. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37968312>