



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**ESCUELA SUPERIOR ACTOPAN
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA
EN ADULTOS MAYORES
DEL MUNICIPIO DE TETEPANGO, HIDALGO:
A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
ANNALI QUINTANAR GUZMÁN**

**ASESOR
MAESTRO ELOY MAYA PÉREZ**

ACTOPAN, HGO.

NOVIEMBRE 2010

Agradecimiento

A mis padres

A quienes me han heredado el tesoro más valioso que pudieran darle a un hijo, Amor.

A quienes sin estimas esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida que me
ha formado y educado.

A quienes la ilusión de su existencia ha sido convertirme en persona de provecho.

A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni con las riquezas más grandes del
mundo.

A los seres universales más queridos simplemente..... Gracias.

INDICE

	Página
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Justificación	13
Planteamiento del problema	14
CAPITULO I. EL ADULTO MAYOR	15
1.1 Definición de adulto mayor.....	16
1.2 Salud del adulto mayor.....	19
1.3 Gerontología y psicología de la vejez.....	27
CAPITULO II. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	32
2.1 Definición de calidad de vida.....	33
2.2 Calidad de vida en la tercera edad.....	38
2.3 Vida saludable y enfermedad.....	43
2.4 Instrumento de medición de la calidad de vida WHOQOL-BREF.....	45
CAPITULO III. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR	48

MÉTODO	56
Objetivo general.....	56
Objetivos específicos.....	56
Preguntas de investigación.....	56
Tipo de investigación.....	57
Muestra.....	57
Descripción de instrumentos.....	57
Procedimiento.....	58
RESULTADOS	59
Período de Observación.....	59
Escala WHOQOL-BREF.....	60
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	91
REFERENCIAS	94
ANEXOS	97

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar la calidad de vida en los adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo; a través del instrumento WHOQOL-BREF. La muestra estuvo compuesta por 21 sujetos 14 mujeres y 7 hombres, mayores de 65 años, con educación básica, nivel socioeconómico bajo e integrantes del grupo "Nuevo amanecer". La investigación sigue un protocolo de investigación observacional descriptiva-cualitativa en el periodo septiembre-octubre 2010.

En esta investigación se describieron algunas características de las representaciones sociales de la calidad de vida: Económicas, familiares, sociodemográficas, de seguridad social y de condiciones de salud física y emocional de la población adulta mayor, con el objeto de orientar la implementación de programas de promoción de la salud, prevención, atención y socialización del adulto mayor.

Para medir la representación social que tienen sobre su calidad de vida se aplicó el Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF. La estrategia de muestreo utilizada para la selección de los sujetos fue de tipo probabilística. Se observaron modos de vida significativos en la calidad de vida global de los adultos mayores, con puntajes más altos en los aspectos negativos manifestando estilos de vida no saludables; así como también en los dominios de relaciones sociales y aspectos afectivos, ya que manifiestan falta de comunicación, autoestima baja y un sistema de valores pernicioso.

Palabras clave: Adulto mayor, Calidad de vida, Representaciones sociales.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the quality of life in older adults Tetepango Township, Hidalgo; across instrument of this WHOQOL-BREF. The sample consisted of 21 subjects' 14 women and 7 men, aged 65 years, basic education, low socioeconomic status and members of the group "New Dawn." The investigation follows a research protocol descriptive-qualitative observational period in September-October 2010.

In this research, some characteristics of representations of the quality of life: economic, familial, demographic, social security and conditions of physical and emotional health of the elderly population, in order to guide the implementation of programs health promotion, prevention, care and socialization of the elderly.

To measure the social representation they have on their quality of life assessment instrument applied the Quality of Life of the World Health Organization WHOQOL-BREF. The sampling strategy used for the selection of subjects was not random type. Ways of life were observed significant in the overall quality of life of older adults, with higher scores on the negative aspects showing unhealthy lifestyles, as well as in the domains of social and emotional aspects, as manifest lack of communication, low self-esteem and a pernicious system of values.

Key words: Elderly, Quality of Life, Social representations.

INTRODUCCIÓN

Los motivos por los cuales se hizo atractivo realizar un proyecto de investigación sobre la representación social de calidad de vida en la persona mayor de 65 años, son variados, por lo que se puede empezar a mencionar que es considerada una parte de la población que se encuentra olvidada, como si la mayor parte de la gente se negara a sí misma el hecho de poder llegar a esta edad, que es etiquetada como la tercera edad, la senectud, pensionados y jubilados, cuando solamente pueden ser llamados personas mayores.

Este estudio se realizó con el apoyo del grupo de la tercera edad “Nuevo amanecer” del Sistema DIF de la comunidad de Tetepango, Hidalgo. Su participación en el trabajo enriqueció nuestra investigación teórica, ya que con el contacto de personas que viven esta etapa se pudo apreciar en forma vivencial la situación real a la que se enfrentan estas personas.

Hoy en día, la mayoría de los adultos mayores víctima de la soledad, el abandono, la pobreza y el maltrato. Se les trata como estorbos, presencias incómodas. No se les permite expresar sus sentimientos y, cuando lo hacen, son motivo de burla. Se considera ridículo que se enamoren o sientan celos, como si las emociones fueran un derecho que también han perdido. A los ancianos se les niega la participación social, pareciera que ya no caben en un mundo donde la única autoridad proviene de la capacidad de innovar y de consumir. “Al considerar la belleza y el vigor rasgos primordiales a los que todo mundo debe aspirar, se han desplazado otro tipo de valores como los vínculos afectivos y la solidaridad. El culto a la belleza, el dinero, el éxito y el poder margina a una mayoría entre la que se encuentran los anciano, los discapacitados, gordos, feos y pobres”. En este marco cultural, la aproximación del envejecimiento se ve como toda una desgracia (Lammoglia, 2007).

Lo que esta sociedad no quiere ver es que, al marginar y despreciar al anciano, está condenando su propio e inevitable futuro. Porque no importa cuánto se gaste ni cuánto se esmere uno en prolongar su juventud, si logra vivir unas décadas más, tendrá que envejecer. No hay tal fuente de la eterna juventud. A menos que la muerte nos sorprenda, seremos ancianos. La actitud que tenemos ante los ancianos de hoy es el ejemplo del que se tendrá ante los de mañana, que seremos nosotros. Si

no sabemos que ahora qué hacer con nuestros ancianos, menos lo sabrán los que vienen detrás. Los jóvenes de hoy vivirán un futuro en el que serán adultos mayores en un mundo en el que serán mayoría.

Así, a lo largo de los tiempos, la humanidad ha ido interpretando incesantemente el papel del anciano en la sociedad, dependiendo de factores políticos, artísticos y estéticos, demográficos, éticos y religiosos, así como los relacionados con la familia y el parentesco. Mientras en la actualidad muchos contemplan al adulto mayor como un ser pasado de moda y hasta un estorbo, conviene observar cómo en otras civilizaciones y épocas se les consideró una fuente de sabiduría y experiencia, por lo que sirvió como consejero y educador.

Difícilmente se puede examinar los problemas que afectan a la población de la tercera edad sin valorar el desarrollo demográfico de esta categoría de población. Desarrollo que, aun teniendo dimensiones muy diferentes de regiones o países como Europa, América del Norte y Países del sur, que cuentan ya con más de la mitad de la población mundial de personas de 60 ó más. En el año 2025 esta proporción habrá aumentado a aproximadamente hasta un 70 %. Sin embargo, los indicios de la transición demográfica son cada vez más visibles en el mundo en desarrollo. Muchos países de Asia y Norteamérica han experimentado un descenso considerable de la fertilidad durante la década de los 70. Asia, por ejemplo, tenía en 1985 el 48% de población de la tercera edad y para 2025 tendrá 58%. En el caso de Europa será de 20% y 12% en África Sudsahariana (OMS, 2009).

En el mundo, el tema de la ancianidad es hoy uno de los más preocupantes de nuestro siglo. “En unas décadas más, el número de adultos de 60 años se cuadruplicará, pasando de 606 millones que hay en la actualidad a 2000 millones en 2050. Como afirma Ann Pawliczko, del Fondo Demográfico de Naciones Unidas, los ancianos van a construir el cambio demográfico más significativo de la historia”. La necesidad de dar respuesta a la problemática tan compleja que esta realidad encierra constituye sin duda todo un desafío. Las personas mayores tienen más necesidades que deben ser atendidas por las políticas sociales (Lammoglia, 2007).

En nuestro país, la emigración y la urbanización han venido fragmentando las estructuras familiares tradicionales. Con esto se agrava la situación de los adultos mayores, quienes con frecuencia son marginados, tanto por la familia como por los

distintos sectores sociales, con el argumento de que no aportan ningún beneficio y que, al contrario, representan una carga para quienes les rodean. Este rechazo, aunado a la disminución de sus facultades físicas o mentales, incrementa su condición de vulnerabilidad. Los sentimientos de responsabilidad hacia los adultos mayores se han ido limitando todavía más en el marco urbano. Su espacio físico en la familia se ha reducido, así como su contacto social. Por otro lado, en muchas zonas rurales, encontramos poblaciones en las que los abuelos se ven en la necesidad de trabajar y sacar adelante a una familia que se ha quedado sin padre porque éste emigró a los Estados Unidos en busca de trabajo.

Es necesario agregar a esto los acelerados cambios a los cuales se ha visto sometida la sociedad en los últimos años tras la aplicación de una feroz política neoliberal que ha desmantelado y transformado la estructura social, expulsando del ámbito laboral a grandes masas de población, mexicanos que se han visto obligados a aceptar cualquier tipo de trabajo con ingresos ridículos. El acelerado avance de las tecnologías ha influido de manera importante en la vida del adulto mayor, que ya no es más el depositario de la sabiduría y la historia como en épocas anteriores, sino al contrario, es el más alejado de los conocimientos modernos. El valor de la experiencia es un concepto que ha perdido importancia, incluso en lo laboral.

Cada vez son menos los adultos mayores que poseen un ingreso que les permita un nivel digno de vida, poniendo en riesgo su supervivencia. La jubilación temprana conlleva un empobrecimiento progresivo. Según el X Censo General de Población y Vivienda realizado en ese año, 54.3% de los mayores de 60 años declararon inactividad. Esto demostró claramente la creciente falta de ocupación en este grupo de población. Según los censos más recientes, 72.4% de los ancianos no puede sostenerse económicamente y son mantenidos por algún familiar; 51% no tiene ningún servicio de atención médica. Hay 600 000 adultos mayores viviendo completamente solos; 85% son mujeres cuya expectativa de vida es de siete años más que la de los varones. Sólo 34% de las ancianas y 65.6% de los ancianos recibe algún tipo de pensión. Únicamente 36.6% de la población de más de 60 años tiene un trabajo remunerado y la mayoría también son varones. Lo que los censos no detectan, pero sí vemos, es que en México así como hay niños de la calle también

tenemos un grupo no cuantificado de ancianos que viven en el total desamparo (INAPAM, 2008).

En nuestra sociedad se tiene la idea que si la población de la tercera edad reside con sus familiares tienen asegurado cierto bienestar. Sin embargo, las condiciones socioeconómicas que viven los mexicanos no permiten que la familia pueda atender a sus ancianos, es decir, “las familias y sus ancianos residen en condiciones de pobreza, lo que en definitiva limita la atención de diversas necesidades de la población; circunstancias que originaban el maltrato, discriminación y violencia física o verbal; como comentarios denigrantes “viejo inútil”, “eres un estorbo” o “eres una carga, sólo das lata”, hasta actitudes con dejarlos aislados y sin comer por largos periodos, encerrarlos contra su voluntad y hasta golpearlos”. Muchos son obligados a vivir en un asilo o albergue, donde son prácticamente abandonados y rara vez reciben una visita (INEGI, 2009).

En muchas culturas y no hace tantos años, el lugar del adulto mayor no tenía prestigio e inspiraba respeto. Prevalcieron otros valores, se apreciaba la experiencia y se respetaba la tradición cultural. La imagen del adulto mayor sabio, patriarca respetado y escuchado ha sido relegada a un pasado casi mítico. Por tanto, la experiencia de los adultos mayores y su acervo de conocimientos eran aprovechados para la misma sobrevivencia de la comunidad y la familia; de tal manera que se formaban y respetaban los consejos del adulto mayor (Reyes, 1999). Sin embargo, actualmente la memoria y documentación familiar, de trabajo o de cualquier índole, se guarda en impresos, videos, discos duros, etc.; y el acceso a ella es más flexible y rápido mediante el uso de la computadora y el Internet.

Es indudable que se produjo una serie de cambios, en los comportamientos y la estructura social de zonas urbanas y rurales. Como es el caso de la comunidad de Tetepango, estado de Hidalgo; donde se afecta directamente los modos de vida de la persona mayor y que alteran su relación con el entorno social.

Actualmente en esta comunidad la familia se caracteriza por su tendencia al desarrollo, lo que dificulta que sus componentes acepten convivir con personas de otra generación. También los procesos migratorios a las ciudades o países han privado a algunos ancianos de los medios de vida que les facilitaba su participación en las tareas rurales (agricultura, ganadería, producción de pulque, etc.), a la vez que

han roto gran parte de sus vínculos sociales, ya que la familia suele plantearse el ingreso del adulto mayor en una residencia o abandonarlos en su propia casa.

Por otra parte, los cambios en los valores y en el sentido de vida pueden contribuir a que las personas mayores se sientan desfasadas no sólo del conjunto de la sociedad, sino incluso en el seno de su propia familia. Por ello, la población valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. Tales circunstancias a veces ocasionan situaciones de abuso familiar en donde el adulto mayor es despojado paulatinamente de sus propiedades en lo que podríamos llamar “herencias adelantadas” que resultan ser una arma que amenaza el bienestar del adulto mayor aún cuando sea considerado “jefe del hogar”. Como consecuencia de esta serie de factores, los ancianos se han convertido en unidades económicas independientes que, al carecer normalmente de medios propios de subsistencia, deben ser mantenidos por los sistemas de protección social como el Programa de 70 y +, Oportunidades y Seguro Popular. Sistemas que, con distintas formulas, han puesto en pie una serie de prestaciones económicas, sociales y de salud que a partir de la jubilación aseguran la protección y la calidad de vida en las personas mayores.

La población de la tercera edad que suele estar jubilada (persona no activa) tiene la posibilidad de aportar sus conocimientos, además de realizar nuevas tareas comunitarias como asociaciones, sindicatos, grupos políticos y religiosos. Por ejemplo, el grupo “Nuevo amanecer” del Sistema DIF de esta comunidad, fundado hace 6 años, lo integran 21 personas aproximadamente de la tercera edad, su función es promover la calidad de vida mediante la elaboración de manualidades, actividades físicas (baile, caminata, salto, etc.), ejercicios de relajación, platicas de nutrición, estilos de vida y tratamientos para enfermedades crónicas. Además participan en concursos de baile, canto y oratoria en los diferentes festivales de municipios vecinos, logrando el 1ro y 2do lugar en estas categorías antes mencionadas.

Por ello, se debe considerar importante indicar la calidad de vida que tiene la persona mayor de 65 años, originados por cambios sociales, económicos, tecnológicos, demográficos y culturales que marginan a las personas mayores, apartándolas de la corriente principal de desarrollo. La marginación de los ancianos proviene, por un lado, del creciente egoísmo social y, por otro, de las dificultades consecuentes del deterioro que le dificultan una adecuada integración a la sociedad.

Por ejemplo, privándolas de funciones económicas y sociales significativas que debilitan sus fuentes tradicionales de apoyo que provienen de la familia, principalmente en esta comunidad.

JUSTIFICACIÓN

La vejez constituye hoy en día uno de los problemas sociales que reclaman la mayor atención, ya que se enfrentan a cambios de funciones y condiciones de absoluta pobreza y abandono. La finalidad del presente trabajo es analizar la representación social de calidad de vida del adulto mayor de 65 años del municipio de Tetepango, Hidalgo; mediante una investigación observacional-descriptiva-cualitativa en el periodo septiembre-octubre 2010.

En las sociedades se presenta una situación que alarma a los profesionales, ya que los adultos mayores sufren deterioros mentales y físicos pero principalmente de status, es decir en las funciones y roles debido a la tecnología y avances sociales cuyo efecto positivo sería un alargamiento de la vida, pero ello no se refleja en una mayor calidad de vida. Si bien es cierto que el avance de la edad conlleva la pérdida paulatina de habilidades y facultades, esto no desliga al anciano de su historia. Tampoco pierde todas sus capacidades. Conserva sus hábitos, valores, virtudes y sus defectos.

Por tanto, la modernización (educación, jubilación, urbanización, etc.) influyen en el cambio de funciones de las personas mayores dando lugar a una transformación psicosocial del status de la vejez, puesto que el adulto mayor se siente más feliz cuando más actividad realice pero la carencia de actividad origina apatía, pesimismo y depresión.

Por consiguiente, el estudio será una herramienta que puede aportar interesantes y valiosos resultados para mejorar el trabajo y brindar un mejor apoyo a los adultos mayores, puesto que se les asocia generalmente a una etapa productiva terminada.

El impacto de la representación social en la persona mayor en el mundo es una realidad, y México no se salva de ello. Por lo que se requirió de la participación y el compromiso de todos para la búsqueda de soluciones viables, oportunas y pertinentes de las instancias de gobierno, la sociedad, la familia y los individuos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Analizar las representaciones sociales de calidad de vida a las que se enfrentan los adultos mayores en nuestra sociedad y cultura, tratando de abarcar las diferentes áreas que se consideran las más importantes del ser humano como son psicológica, biológica, social y familiar.

CAPITULO I.

EL ADULTO MAYOR

En este capítulo se aborden sobre las definiciones del adulto mayor intentando con ello aclarar el concepto de algunos rótulos que se les dan a las personas que tienen esta edad. Además se profundiza sobre la salud del adulto mayor, para darnos cuenta sobre los cambios físicos, psicológicos, social y el uso de servicios que se les brinda a estas personas dentro de la familia o dentro de las instituciones de acuerdo a cada teoría y como influyó este en el comportamiento del anciano, por otro lado plantearon el aspecto psicológico y gerontológico en la vejez.

Así mismo, debido a que durante nuestra formación profesional poco sea aprendido de esta etapa, rica en aprendizaje ya que se hace una mayor inclinación hacia la problemática infantil, por lo que desconocemos mucho de la situación a la que se enfrenta la edad que nos interesa, tales como los procesos físicos y psicológicos por los que pasan, así como los problemas sociales y familiares ya que se consideró que parte de los problemas mencionados, encajan más en la cultura, considerando que tanto en la cultura urbana y suburbana, margina al anciano, y lo hace sentir un ser inútil, lo contrario a otras culturas en las que se veneran y se les guarda un gran respeto por la sabiduría que en ellos existe.

1.1 DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El subdirector general de Asistencia e Integración Social del DIF, Carlos Pérez López señaló que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir de 2020.

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país. En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al 4%; para el año 2025, el porcentaje aumentará hasta el 10%, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores, para el año 2050, con una población de 132 millones, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor (INEGI, 2000).

Marcia Morales, catedrática de la Facultad de Psicología de la UNAM, señaló que en la actualidad, con la ayuda de los avances de la ciencia médica, la esperanza de vida en México se ha incrementado de manera considerable: en 1900 era de 37 años; en 1960 de 58 años; en 1995 de 69 años y se espera que para el 2020 sea entre 75 y 78 años.

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. de la vejez. Además de todas las definiciones que encontramos es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad, de los mismos ancianos, familiares y nietos (Lefrancois, 2001).

Algunos autores definieron vejez o la tercera edad a partir de los 60 años, otros a partir de los 65-70 años. Otros simplemente dicen que es una definición social.

Las Naciones Unidas consideraron anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo, es decir que en México se considera anciana una persona a partir de los 60 años.

Si le preguntamos a una persona de 65 años a 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definirá a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos responderá pensando en sus padres. Si les preguntamos a personas entre los 15 y 30 años nos responderían pensando en sus abuelos y en el caso de un niño nos respondería pensando en sus abuelos y bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimiento, etc. Es por esto, que además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez debemos considerar los familiares y sociales y la de los mismos ancianos (Márquez, 2007).

El envejecer es un proceso de declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas fueron bastante diferentes para cada persona. Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que una persona de menor edad porque son más vulnerables a enfermedades. No debemos olvidar que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte.

Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran interesados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo.

Los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de la vida. Continuamente nos olvidamos de esto, que es otra etapa de la vida, así es que debemos vivirla y respetarla como tal.

En México nos olvidamos de esa parte de la población mayor de 65 años. Los censos poblacionales nos indicaron que el crecimiento de la población de edad adulta está en crecimiento llevándonos a pensar que la pirámide poblacional está por invertirse como sucede en países europeos. Cada vez somos menos jóvenes y más

ancianos. Debemos enfrentar estas cifras y pensar en soluciones y aportaciones para esos años de vida a los que todos vamos a llegar (Lammoglia, 2007).

Desgraciadamente en México tenemos una percepción muy negativa de la vejez. Pensamos que es porque no se ha sabido valorar como etapa de vida a las personas ancianas como todavía capaces, con intereses, inquietudes, etc. Hasta cierto punto es normal que la sociedad la perciba así, ya que en nuestro país ésta se caracteriza por la marginación laboral, familiar, social y política.

Esto naturalmente hace que comprendamos la necesidad de planificar un programa de acción para esta población, que favorezca su continuo desarrollo, la posibilidad de generar nuevos saberes, la creación de caminos alternativos de superación y de mejora de la calidad de vida.

Al adulto mayor se le asoció generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. Al aprendizaje se le consideró como un proceso siempre activo que se realizó a lo largo de la vida. En este proceso siempre la actualización de los conocimientos ya alcanzados, asociándolos, comparándolos, reflexionando sobre sus propias creencias y explicar frente a los otros (Márquez, 2007).

Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, redescubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro del grupo.

No es únicamente el pensar en que la población de edad mayor está en crecimiento, sino que necesitamos de espacios y actividades para ellos. Marcia Morales señaló también que cada vez habrá más personas ancianas que no recibirán atención institucional por lo que será difícil ayudarlos y sacarlos adelante, de no atender oportunamente este problema.

1.2 SALUD DEL ADULTO MAYOR

La salud, entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad,

sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Desde el punto de vista subjetivo, estuvo relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.

Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada (Labiano, 2002).

En los últimos años se produjo un cambio radical en la concepción de la salud y la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructores, pues, acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad de bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida (Labiano, 2002).

Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituyen aspectos centrales de esta problemática humana. El objetivo de todo ello es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y, a su vez, hacer más lento el envejecimiento biológico.

Rice (1996) señaló que la edad adulta tardía o vejez comienza a los 65 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Diferentes teorías intentan explicar las causas del envejecimiento biológico o senescencia (termino utilizado por los biólogos y gerontólogos):

- Teoría de la Herencia: El ciclo vital es determinado por características genéticas que han evolucionado a lo largo de las generaciones, de modo que tienen su propia expectativa de vida. Esto juega un papel importante en la vida humana, por ejemplo, es de esperar que los niños(as) de abuelos y padres saludables hereden esa condición.
- Teoría del Envejecimiento Celular: Algunas células del cuerpo no se reproducen y otras sí, aunque solo un número finito de veces, lo que sugiere que el envejecimiento está programado por la capacidad limitada de las células para reemplazarse.

- Teoría de los Deshechos o Escoria Metabólica: El envejecimiento es ocasionado por la acumulación de sustancias nocivas (coproductos del metabolismo celular) en el interior de diversas células del cuerpo. La acumulación de estas sustancias interfiere con el funcionamiento normal de los tejidos, produciendo en algunos casos endurecimiento, pérdida de elasticidad y deterioro en las funciones de los órganos.
- Teoría de la Autoinmunidad: El sistema inmunológico del cuerpo rechaza sus propios tejidos por medio de la producción de anticuerpos autoinmunes, teniendo como resultado la autodestrucción de los mismos.
- Teoría del Desequilibrio Homeostático: Hizo hincapié en la incapacidad gradual del cuerpo para mantener su propio equilibrio fisiológico vital, por ejemplo, en la vejez se presentó la dificultad para mantener el nivel apropiado de azúcar en la sangre, así como problemas para adaptarse al estrés emocional.
- Teoría de la Mutación: Describió lo que sucede cada vez que las células corporales desarrollan mutaciones. Las tasas de mutación genética se incrementan con la edad. Como la mayor parte de las mutaciones son dañinas, estas células funcionan con menos eficiencia y los órganos compuestos por dichas células se vuelven ineficientes y senescentes.
- Teoría del Error: es una variación de la teoría de la mutación que incluyó en los efectos acumulativos de una variedad de posibles errores en la producción de ARN (ácido ribonucleico) que afectan la síntesis de las enzimas, los cuales dañan las síntesis de proteínas, produciendo a la larga la muerte celular.

Sin embargo, a pesar de los intentos por dar respuestas, ninguna de las teorías propuestas explicó los sucesos complejos que se dan durante el envejecimiento. Este involucra una serie de procesos que producen cambios dependientes del tiempo en un organismo. Además de los factores hereditarios y los cambios intrínsecos (los que ocurren desde el interior), el organismo también es afectado desde el exterior por los estresores ambientales, bacterias, virus y otras influencias, lo que ocasionalmente reduce la capacidad de diversos órganos para continuar funcionando (Rice, 1996).

Fueron muchas las diferencias individuales entre la cronología y el alcance de los cambios durante la edad adulta tardía o vejez, así como en las capacidades de percepción y sensitivas. Las personas de edad avanzada experimentan un

debilitamiento general de la capacidad de respuesta y del procesamiento de información. Estos cambios les exigen hacer ajustes en muchos aspectos de su vida.

Cambios psicobiológicos:

- Pérdida de textura y elasticidad de la piel
- Adelgazamiento y encanecimiento del cabello
- Disminución de la talla corporal
- Adelgazamiento de los huesos
- La pérdida de dientes y los problemas de encías son comunes
- Problemas de visión
- Desaparición progresiva de masa muscular
- Atrofia de los músculos
- Se intensifican las arrugas.
- Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas.
- Propensión a la osteoporosis en las mujeres.
- Pérdida de la adaptación al frío y al calor.
- Disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas.
- Las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad.
- Los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones pierden eficiencia.
- Los órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto.

Durante esta etapa se presentaron cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades, esto debido a la fragilidad del organismo. Algunas de las enfermedades que se asocian con la vejez son enfermedades crónicas que han sido adquiridas aproximadamente a los treinta años, como es el caso de la artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas (Rice, 1996).

El envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad, a diferencia de lo que se suele pensar. La salud de la mayoría de las personas de edad avanzada es favorable, un pequeño porcentaje se encuentra en un estado de invalidez o postración y el resto tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autónomos. Si se mantiene un estilo de vida sano, incorporando ejercicio, alimentación apropiada,

evitando el cigarrillo y el alcohol, pueden ayudar a las personas a ampliar la parte activa de su vida y a que sean más resistentes a enfermedades crónicas, que pueden llegar a ser fatales.

La mayoría tienen buena salud mental, conservando un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas, enfermedades como la demencia o el deterioro intelectual, afecta a la minoría de ellos. Algunas formas de demencia, como las ocasionadas por sobre medicación y depresión, pueden revertirse mediante tratamiento apropiado; otras, como las producidas por el alzheimer o por ataques de apoplejía, son irreversibles (Graig, 1997).

Según Ericsson (1986) en la vejez la persona pasa por la crisis final de integridad contra desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de amor, aún cuando no fueron perfectas. También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Los adultos mayores necesitan aceptar sus vidas y su proximidad a la muerte; si fracasan, se sentirán abrumados al comprender que el tiempo es demasiado corto para comenzar otra vida y, por tanto, serán incapaces de aceptar la muerte. Aquellos que han trabajado toda su vida y tienen la oportunidad, deben aceptar su retiro del campo laboral al jubilarse.

La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante donde la persona puede esperar sentir estrés, para algunos supone la pérdida de ingresos, identidad profesional, estatus social, compañeros y estructura cotidiana del tiempo y actividades. Una clave para superar los efectos de la jubilación en la satisfacción de la vida es si la experiencia aporta algún elemento nuevo a la vida. La jubilación conlleva a nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o apartamento más pequeño o problemas de salud (Graig, 1997).

El evento más significativo en muchos matrimonios de personas mayores es la jubilación del hombre, encontrarse sin su trabajo y apartado de sus contactos diarios con sus compañeros, sin embargo, ansían más la jubilación que su esposa. Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos estén en casa

todo el día. En el caso de la mujer que trabaja fuera de la casa, la idea de la jubilación implica pérdida de independencia, más si inician en la edad media su profesión. Sin embargo, algunas parejas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación.

La preferencia al jubilarse es permanecer en las casas donde educaron a sus hijos, que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones, pero cuando lo hacen es por diversión. Son bastante sanos y suelen tener suficientes ingresos, pero a medida que se acercan a edades mayores, la emigración es para estar cerca de los hijos u otros parientes. Los mayores-ancianos (mayores de 85 años) se ven obligados a depender de alguien. Generalmente, se van a vivir con los hijos, a una residencia o a una institución que ofrecen cuidados personales pero no médicos ni sanitarios a nivel profesional (Lefrancois, 2001).

Las relaciones son muy importantes para los adultos mayores, la familia es aún la fuente primaria de apoyo emocional. Con frecuencia las relaciones entre hermanos se vuelven más estrechas al final de la vida que a comienzos de la edad adulta. En particular, las hermanas hacen el esfuerzo de mantener esos lazos. Cuando la expectativa de vida crece, lo mismo sucede con la longevidad potencial del matrimonio.

Los matrimonios que subsisten hasta el final de la edad adulta tardía tienden a ser relativamente satisfactorios, pero las dificultades surgen en los aspectos de personalidad, salud y cambio en los roles, que pueden requerir ajustes de ambas partes.

Muchas personas permanecen sexualmente activas. Se da mayor importancia a la expresión sexual, al comprobar que ésta no sólo sirve a propósitos físicos, sino que también para asegurar a ambos miembros de la pareja el amor del otro, así como su comprensión y la sensación de que sigue estando vigente su vitalidad, lo que en definitiva contribuiría a elevar la autoestima de cada miembro de la pareja. De esta manera, los estereotipos populares que plantean que los años de la vejez son asexuados, son infundados puesto que en la práctica, existe un número elevado de personas adultas, que después de los sesenta y cinco años permanecen interesadas

y activas sexualmente. En definitiva, si bien es cierto que las relaciones sexuales en la tercera edad son diferentes en frecuencia e intensidad, las cuales disminuyen producto de signos biológicos y físicos, la satisfacción y consistencia de la misma se deberá principalmente a como haya sido el comportamiento sexual durante la juventud (Lefrancois, 2001).

El estrés o la capacidad de la persona para afrontar los acontecimientos, puede lastimar la autoestima, deteriorar física y mentalmente. La forma de cómo se perciba el estrés varía según el género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación. Las personas mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del envejecimiento del sistema inmunológico, les hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por tanto, más propensos a responder desarrollando una enfermedad (Graig, 1997).

Cuando las parejas que han estado casadas durante 40 años se divorcian, es más probable que den más muestras de estrés psicológico que los jóvenes que se encuentran en situación similar. La pérdida de los papeles conyugales, al igual que el de los profesionales, puede quebrantar su sentido de identidad. Aunque la mayor parte de los hombres estén casados, el matrimonio de la tercera edad tiene poca importancia para la mayoría de las mujeres de esa edad. Debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores que sus esposas, los maridos desaparecen con tanta rapidez que la situación de viudez parece ser normal entre las mujeres mayores. Cuando se vuelven a casar, el nuevo cónyuge suele ser alguien que ya conocían antes de enviudar o alguien que han conocido a través de una amistad mutua o un pariente (Lefrancois, 2001).

El duelo es uno evento doloroso en la vida de cada persona, ya que esto es parte de ella y tarde y temprano se debe enfrentar a un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de status laboral y la decaída de la salud física y de las habilidades.

Cuando uno de los cónyuges fallece, el que queda atraviesa un largo periodo de shock, protesta, desesperación y recuperación. El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria de la razón por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y asociaciones, y crear una nueva imagen de uno mismo. Las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres.

En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas. Aún después de la recuperación el dolor continúa (Lefrancois, 2001).

Después de un duelo comienza el proceso de revisión de la vida, donde se inicia la reflexión sobre el pasado, recordar acontecimientos para prepararse a la muerte. Mediante esta revisión los adultos mayores pueden sentirse angustiados, culpables, deprimidos o desesperados, pero cuando los conflictos pueden superar la desesperación, puede surgir la integridad, habiendo descubierto el sentido de la vida. Al parecer no todas las personas mayores revisan su vida y las que lo hacen no siempre reestructuran el pasado de modo que aumente su integridad. No obstante, a medida que los adultos llegan a ser mayores, el declive físico y las pérdidas de las capacidades hacen que aparezca la idea de la muerte, las personas empiezan a prepararse para ésta.

Así, cuando la muerte se acerca, las personas entran en la trayectoria de la muerte, el cual es el intervalo de tiempo que necesitan para darse cuenta de que ésta es inminente, sus reacciones suele ser variable dependiendo de las creencias religiosas o cultura.

Una controversia importante concierne el mantenimiento o declinación de la inteligencia en la edad adulta tardía. La inteligencia fluida, la capacidad para resolver nuevos problemas, parece declinar; pero la inteligencia cristalizada, que esta basada en el aprendizaje y la experiencia, tiende a mantenerse o incluso aumentar. El funcionamiento intelectual en la edad adulta tardía está marcado por influencias ambientales y culturales. Algunos aspectos de la inteligencia aumentaron con la edad, la mecánica de la inteligencia declina a menudo, pero la pragmática de la inteligencia (pensamiento práctico, conocimiento y habilidades especializados, y sabiduría) continúan creciendo. (Graig, 1997).

Aunque la memoria sensorial, los aspectos de la memoria de corto plazo, y la memoria de largo plazo parecen ser tan eficientes en los adultos de mayor edad como en las personas más jóvenes, la memoria de largo plazo para la información recién aprendida es con frecuencia menos eficiente, según parece a causa de

problemas de codificación y recuperación. La capacidad para recordar sucesos distintivos, la memoria procedimental y la memoria para el conocimiento general, se mantienen bien. Si bien es cierto que el adulto mayor ya no cuenta con la misma eficiencia que tuvo en su juventud, en relación a algunas habilidades cognitivas; en la actualidad es poseedor de un conocimiento pragmático, que se conoce como sabiduría, la cual ha sido acumulada como producto de su experiencia a lo largo de la vida. De esta manera, el adulto mayor posee un gran desarrollo de la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarlos a sus asuntos importantes (Graig, 1997).

Esto genera un sentido de trascendencia. El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar. El rol de abuelo es el más importante en la ancianidad, va a modificar la personalidad del anciano (Lefrancois, 2001).

Lo perciben como: sabio, respetuoso, representa el pasado de la familia. Es como ser educador, pero no de la misma manera que el padre, sino que en una relación más libre. El niño tiende a la idealización con los abuelos. Generacionalmente se da una alianza nieto-abuelo(a), desplazando a los padres a veces con un poco de hostilidad.

1.3 GERONTOLOGÍA Y PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ

La Gerontología se definió como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.

Etimológicamente la palabra gerontología proviene del vocablo griego geron, gerontos/es o los más viejos o los más notables del pueblo griego y del vocablo logos, logia o tratado, grupo de conocedores. Etimológicamente gerontología se refiere a la

disciplina que se ocupa del estudio o conocimiento de los más viejos (Pszemiarower, P. y Pszemiarower, N; 1992).

Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los adultos mayores pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos. Los Gerontes, era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado.

En 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".

Por su parte, el término geriatria fue acuñado por Ignatiusl Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada "Geriatria, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento." Este eminente pediatra norteamericano y fundador del primer departamento de Geriatria en los E.U., en el Hospital Mont Sinai de Nueva York, explica en esta publicación, que el término también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico. Entonces si bien el año 1860 en que Abraham Jacobi dictó la primera clase de Pediatría es una fecha importante, también 1909 lo es para la Geriatria (Pszemiarower, N.P. y Pszemiarower S.N, 1992).

La gerontología se ocupa del viejo (como individuo envejeciente), de la vejez y del proceso de envejecimiento. Cuando establecemos como objeto del estudio al viejo, generalmente, focalizamos a aquel que sufre de ciertas dolencias, por esta razón, con frecuencia, la gerontología se ve reducida al estudio de la vejez deficitaria. La vejez como un estado del individuo supone una etapa de la vida: la última. Finalmente el envejecimiento es un largo proceso que ocurre, si lo vemos desde una amplia perspectiva, desde la concepción hasta la muerte. Aunque el interés por los cambios que ocurren con el envejecimiento puede rastrearse hasta tiempos de Aristóteles, su estudio sistemático y científico es relativamente nuevo (Montañés, 1992).

La biología del envejecimiento tuvo una historia reciente, prácticamente iniciada en el presente siglo. En efecto, uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1904, cuando Mechnikov "Premio Nobel de Medicina" expone una teoría del

envejecimiento e introduce por primera vez el término de gerontología. En tanto, el término geriatría aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de I. L. Nacer, *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*. Ahora bien, aunque ambos términos nacen en un ámbito eminentemente científico, biológico, actualmente su acepción es mucho más amplia. Geriatría y gerontología son frecuentemente confundidas, y utilizadas indiscriminadamente. Etimológicamente vejez: derivado de viejo procede el latín *veclus*, *vetulum*, que a su vez, viene definido por la persona de mucha edad. Así que todos estos fenómenos (viejo, vejez y envejecimiento), en principio, hacían referencia a una condición temporal y concretamente a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, a la edad. (Pszemiarower, N.P. y Pszemiarower S.N, 1992).

Con base en la edad cronológica, Neugarten (socióloga norteamericana) establece dos categorías de vejez: los jóvenes viejos, que abarca de los 55 a los 75 años y la de viejos que se situaría a partir de los 75 años (Riley, 1988); quien modifica los rangos de edad de estas dos categorías y considero que los jóvenes viejos son aquellos entre los 74 y 76 años, los viejos situados entre los 75 y 85 años y considero a los mayores de 85 como los viejos más viejos.

En todo caso, las clasificaciones con base en la edad cronológica nos dicen muy poco respecto a la forma de envejecimiento, son mucho más atractivas aquellas que hacen referencia a como se envejece, lo cual, a su vez, aparece muy ligado a la edad funcional.

El reconocimiento de que los adultos viejos son diferentes de los adultos jóvenes no es ninguna novedad. Prácticamente desde que hay evidencia de la existencia humana, hay evidencia de dicho reconocimiento. Las evidencias históricas subrayaron ante todo una diferenciación cultural y social antes que biológica. Así, de acuerdo con estas definiciones, el estudio del envejecimiento social es gerontológico, en tanto que el del envejecimiento pancreático es geriátrico. Las actitudes socioculturales, las manifestaciones en el arte y la historia del envejecimiento, forman parte de la gerontología. Las políticas económicas y los servicios asistenciales hacia los ancianos también, (Montañés, 1992).

Considerar que la pérdida de la memoria es normal en los ancianos es un mito viejo, las caídas son más frecuentes en los ancianos institucionalizados y son un

indicador de fragilidad; la mayoría de los ancianos son funcionales y las mejores estrategias de tratamiento incluyen el trabajo con los cuidadores primarios del anciano.

Existen innumerables patologías que surgieron en esta etapa de la vida, la mayoría de ellas se pueden prevenir, como por ejemplo las caídas que conllevan un alto precio a la salud pública porque sabemos que caerse es quebrarse la cadera, caerse es la consecuencia de una fractura psíquica y física, es ingresar y egresar de un hospital varias veces, con altos costos que no solo alcanzan al viejo sino también a la familia, a la comunidad en general.

Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, y se logra felicitarse por la vida que ha conseguido, aún reconociendo ciertos fracasos y errores. Es un período en el que se goza de los logros personales, y se contemplan los frutos del trabajo personal útiles para las generaciones venideras.

La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de la propia vida. “Comienza a los 65 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo”. A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas de la tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas. A cualquier edad es posible morir. La diferencia consiste en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida. Es importante lograr hacer un balance y elaborar la proximidad a la muerte. En la tercera edad se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido. Aquel que posee integridad se hallará dispuesto a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra todo género de amenazas físicas y económicas (Oblitas, 2006).

Quien no pueda aceptar su finitud ante la muerte o se sienta frustrado o arrepentido del curso que ha tomado su vida, será invadido por la desesperación que expresa el sentimiento de que el tiempo es breve, demasiado breve, para intentar

comenzar otra vida y buscar otras vías hacia la integridad. El duelo es una de las tareas principales de esta etapa, dado que la mayoría debe enfrentarse con un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de status laboral y la pérdida de la salud física y de las habilidades. Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

Si fue incapaz de delegar poder y tareas, así como de cuidar y guiar a los más jóvenes; entonces no sería extraño que le resulte difícil transitar esta etapa y llegar a elaborar la proximidad de la muerte. Muchas de estas personas se muestran desesperadas y temerosas ante la muerte, y esto se manifiesta, sobre todo en la incapacidad por reconocer el paso del tiempo. No lograron renunciar a su posición de autoridad y a cerrar el ciclo de productividad haciendo un balance positivo de la vida transcurrida. Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo. El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol del abuelo conlleva la idea de perpetuidad. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar (Oblitas, 2006).

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella a la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros, fracasos y defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Por ello, deberá: prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital.

CAPITULO II.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

En el capítulo, se define calidad de vida en la vejez, vida saludable y enfermedad. Esta problemática general a la que se enfrentan las personas de la tercera edad que en su mayoría es social y familiar afectando esto en gran medida el área psicológica. Siendo el producto de esta, que el adulto mayor viva de una forma poco saludable y

satisfactoria para sí mismo ya que él se tiene que adaptar a lo que la sociedad misma le plantea. Además nos permite conocer el desenvolvimiento que la persona de la tercera edad tiene en sus relaciones interpersonales ya sea fuera o dentro del hogar y cómo es que beneficia o perjudica la salud mental del adulto mayor.

Algunas personas mayores viven en el completo abandono, sin ningún cuidado y sus familias sólo los ven como ser que estorba y del que se tienen que hacer cargo, ya que vivimos inmersos en una cultura donde no se nos enseña a envejecer.

2.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es sin duda, un tema ligado y sobre el cual los investigadores sociales les ha sido difícil lograr un avance. “El concepto Calidad de vida no es nuevo, la aparición en 1974 de la publicación social Indicators Research, marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el índice Medicus, y en palabra clave en sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los años 80 (García, 2005).

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término calidad de vida en muy variados contextos. Primero se le da al término un carácter biologicista y luego mediante otros estudios se prueba el cruce de la salud con el bienestar social y la calidad de vida colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social. La OMS concibe la calidad de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales esta en relación con sus objetivos y expectativas; patrones y preocupaciones.

Desde que en 1987 la Organización Mundial de la Salud, definió la salud, no como la ausencia de enfermedades, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social (OMS, 1987), el estudio de la Calidad de vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención. Por otro lado, se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se entiende como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad (OMS, 2002).

Los sistemas de salud, cambiaron la situación sanitaria en los países desarrollados y la posición del adulto mayor que ahora comenzó a tener acceso a servicios que antes eran exclusivos de la clase social alta, simplemente no existían. El crecimiento científico, el avance del conocimiento y la creación de sistemas sanitarios cada vez más se colocaron en la ciencia médica ante algunos dilemas, en

especial el problema del acceso y la equidad en salud. Con la introducción de nuevas tecnologías se facilitaron el diagnóstico y tratamientos más efectivos.

El concepto de calidad de vida se tomó sumamente importante para conceptualizar estas situaciones y justificar distintas propuestas de solución. Además, por sí misma la calidad de vida de los adultos mayores entendida como la presencia de determinados cambios físicos presentados en mayor y menor medida, modificados por el proceso de la etapa adulta o por enfermedad, dieron un impulso adicional a la elaboración del concepto.

En este contexto que se va integrando un concepto de calidad de vida con una serie de componentes entre los que se han destacado, el espiritual, religioso, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico. De una conceptualización que se interesa exclusivamente al lado material del bienestar como consumo, pensar la calidad de vida ha devenido reflexión sobre lo humano, la vida humana y la no humana, los factores físicos, espirituales, sociales y culturales.

Así hemos llegado a una elaboración conceptual que considera la satisfacción de las necesidades materiales como elemento de gran importancia al determinar calidad de vida, pero que no la reduce a este. Se destaca en la calidad de vida la espiritualidad en el momento valorativo, puesto que el bienestar pleno es posible en los marcos de una vida con sentido que ofrece el sistema de valores que el hombre porta en el contexto de su sociedad y cultura.

El estudio de calidad de vida es difícil de analizar para ello revisaremos los siguientes constructos. En los modelos planteados en la literatura prevalecen dos constructos primordiales. Una de ellas se concentró en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndose con un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte sociodemográfico. Dentro de estos estudios se encuentran los realizados por diversos organismos internacionales como por ejemplo el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD, 1990-2000). Entre los indicadores objetivos se encuentran los relacionados con la salud, tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de salud entre otros; los educacionales, donde se toma en consideración el índice de alfabetismo y el acceso a los servicios educacionales. Otros indicadores son tipo económico propiamente tales como los

ingresos per cápita, el Producto Nacional Bruto, o de tipo social como el índice de delincuencia (López, 2007).

No obstante, la información utilizada en estas evaluaciones, y a pesar de que ya existen algunas herramientas que evalúan específicamente la Calidad de Vida desde el punto de vista objetivo resulta, en muchas ocasiones, contaminada. Existen indicadores que, a pesar de su importancia en la calidad de vida de la población, no resultan factibles de obtener, ya sea por la dificultad para su cuantificación o porque los datos no se registran. Las mediciones generalmente se llevan a cabo en el ámbito nacional o provincial; que si bien resultan validas para hacer comparaciones de carácter internacional o nacional, no posibilitan discriminar al interior de las comunicaciones. Existen también controversias entre los investigadores con respecto a la selección y el peso que merecen cada uno de estos indicadores debido a la carencia de modelos conceptuales y metodológicos. Los estudios que se orientan a un nivel macrosocial, no permiten examinar cómo se concretan tales indicadores en el individuo y que nivel de satisfacción estos le producen (López, 1997).

En el otro constructo se consideró a la calidad de vida como una dimensión subjetiva determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos en la elaboración de metodologías que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. Esta tendencia considero que lo más importante en la calidad de vida es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar. Muchos instrumentos han sido desarrollados para la evaluación de la calidad de vida percibida, considerando que, de cualquier manera, la calidad de vida percibida es un asunto personal (López, 1997).

González (2002) planteo: la necesidad de conjugar lo social-cultural y lo individual-personal, al estudiar la calidad de vida, partiendo de la calidad de las condiciones de vida y estilos de vida de los individuos y las comunidades.

Desde esta perspectiva un colectivo de investigadores elaboró un concepto: La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre los factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo

del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. Los factores objetivos que forman parte de la calidad de vida son consecuencia de las formas de organización de una sociedad históricamente determinada. En cuanto a los factores subjetivos, resulta importante el grado de satisfacción-insatisfacción que el sujeto alcanza en su vida, resultado del nivel de correspondencia entre aspiraciones y expectativas trazadas y los logros que, en relación a ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia. Este nivel de satisfacción, unido a la esfera emocional que caracteriza la vida humana, es justamente el bienestar psicológico (Graig, 1997).

Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume. Esto es un presupuesto teórico básico para la conceptualización de la calidad de vida.

El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. En el abordaje de la calidad de vida, los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren de un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él.

Algunos investigadores reconocieron, además de los juicios valorativos sobre la vida, el papel que juegan las emociones. Identifican entre los componentes del bienestar, tanto la satisfacción con la vida como la presencia de afectos placenteros. Por lo tanto, para que la persona tenga un alto nivel de bienestar ha de estar satisfecha con su vida, experimentar emociones placenteras con frecuencia y solo infrecuentes vivencias emocionales displacenteras (Lammoglia, 2007).

Las apreciaciones que hace el individuo sobre la satisfacción con la vida pueden ser diferentes en las distintas esferas de la vida de la persona. Por esta razón muchos autores sugieren evaluar la satisfacción con la vida a punto de partida de un juicio global y no sólo a través de un área específica (Márquez, 2007).

No obstante, el aumento en los últimos años de las investigaciones sobre la calidad de vida ha conducido al reconocimiento cada vez mayor, de su carácter multidimensional y por tanto a la identificación de componentes o dimensiones. Consideramos que la evaluación de la calidad de vida percibida debe orientarse a una

medida general teniendo en cuenta la contribución de distintas esferas de la vida (Márquez, 2007).

En la evaluación de la calidad de vida se tomó en cuenta la significación que cada área o dimensión tiene para cada individuo. Algunas propuestas metodológicas han tenido en cuenta este principio y se proponen evaluar la calidad de vida a punto de partida de dimensiones e indicadores seleccionados teórico-metodológicas y de la propia población, incorporando la importancia que las distintas dimensiones e indicadores tienen para cada individuo, de acuerdo a sus propias valoraciones.

Se debe contribuir al logro de un cambio cultural en la población, y particularmente en la familia, que se traduzca en un mejor trato y valoración de los adultos mayores, lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento, así mismo procurar mejores niveles en la calidad de vida en este sector, disminuyendo situaciones de aislamiento y abandono, a la vez difundir la solidaridad intergeneracional, que significa lograr una integración social entre las distintas generaciones basadas en el respeto y comprensión de manera recíproca, promover la incorporación a nuestra cultura, una visión de la vejez como una etapa natural de la vida, que puede vivirse con plenitud, valorar el rol social de los ancianos, con el fin de que ellos participen con sus capacidades, destrezas, experiencias, sabiduría, afecto y conocimiento con esto se estaría aportando a su capacitación y desarrollo.

2.2 CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

La calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentara la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional ala expectativa de incapacidad.

La calidad de vida aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho marco de procesos interesantes.

Según algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez es el principal criterio de un envejecimiento exitoso. En la discusión actual acerca de este concepto, algunos autores han planeado que hay índices objetivos más que subjetivos, que deben utilizarse; uno de estos criterios es la longevidad; otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente.

Desde este punto de vista la separación entre criterios subjetivos y objetivos para el envejecimiento exitoso, puede tener algún valor teórico. Sin embargo, esta distinción es menos significativa para la vida diaria de las personas ancianas quienes apreciarán la longitud de su existencia solamente si viven un estado subjetivo de bienestar (OMS, 2002).

La importancia del desarrollo personal y social con autonomía, el cual se reconoce enmarcada en condiciones y estilos de vida, e implica la posibilidad de asumir decisiones teniendo en cuenta, tanto su incidencia en el plano individual como en las otras personas.

De hecho las personas viven toda una vida tratando de dar algo de sí. Mientras se es productivo van siendo mejor mirados y una vez que llegan a la etapa de la vejez lo van tildando entre otras cosas de cascarrabias y socioeconómicamente improductivos.

Siempre se debe considerar al envejecimiento humano como el proceso que es pero integrado a todo un sistema multifactorial, multidimensional donde lo que se realice antes de los 60 años implicara un mejor mañana y lo que se realice durante y después de los 60 años redundará en un mañana feliz o al menos más llevadero, teniendo como indicador fundamental la educación.

Es por eso que investigaciones y proyectos actuales abordan dicha problemática y plantean que el envejecimiento no es solamente proceso biológico, fisiológico y psicológico sino un destino social. La sociedad, los científicos, políticos deben aprender que la capacidad mental no declina necesariamente a medida que se incrementa la edad. Es posible evitar la declinación si se da una estimulación óptima para el desarrollo mental en la infancia y la adolescencia y si se ofrecen oportunidades para tal estimulación también en la adultez y la vejez. Así mismo, puede evitarse la declinación si se da una recuperación de la actividad y de las

competencias inmediatamente después de situaciones de abatimiento, enfermedad o crisis en la vejez.

En un mundo cada vez más cambiante, los que se inclinan hacer frente al futuro, aunque inciertos, pueden contribuir a darnos elementos de análisis.

En nuestra sociedad existen muchos estereotipos negativos acerca de las personas ancianas. Muchas personas consideran la declinación de las habilidades en la tercera edad como inevitable e irresistible. En este contexto se debe recordar que las expectativas de otros van a determinar el autoconcepto y por lo tanto el comportamiento individual. Debido a estos estereotipos negativos, la vejez con mucha frecuencia es un problema social. Plantean autores que si queremos vivir la vejez de una manera adecuada tenemos que revisar la imagen que nosotros mismos tenemos de las personas ancianas (Fernández, 2004).

La vejez, la longevidad no se debe mirar como un problema sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío para todos; para la persona que envejece, para su familia y la sociedad. No debemos preguntarnos solamente por los problemas y deficiencias del envejecimiento, como tampoco de la vejez. El envejecimiento desde el nacimiento hasta la muerte es desarrollo; y debemos preocuparnos por abrir los ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas ancianas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades de las personas muy viejas. Seguro encontraremos nuevos potenciales, inclusive en el grupo de los adultos mayores más frágiles y discapacitados.

Se ha encontrado que para un creciente número de problemas de salud, la atención domiciliaria es la mejor para el paciente. En pacientes inmuno comprendidos, ancianos frágiles y enfermos terminales son ejemplos de pacientes cuya calidad de vida puede mejorar mucho si son cuidados en sus casas.

Muchos autores han dimensionado el estudio de la calidad de vida del adulto mayor según lo que han considerado más importante, estando esto condicionado a que los instrumentos existentes para la evaluación de la calidad de vida representan tentativas para especificar en términos concretos el cual es exactamente el significado de este concepto no es una idea acabada ni unidireccional y como cualquier otro concepto abstracto la calidad de vida puede ser medida en muchas formas diferentes.

Son muchos los investigadores que han abordado las diferentes categorías y variables incorporadas a lo que respecta a la satisfacción por la vida pero siempre de forma aislada por lo cual podemos encontrar algunos hablan de la familia, el apoyo social o cualquier otra categoría como buen indicador de calidad de vida, pero no se ha localizado literatura valorando este conjunto de variable actuando sobre la calidad de vida.

En México los especialistas de la salud consideraron que la familia es el grupo social fundamental para ayudar al adulto mayor a desempeñar sus roles e integrarse a la comunidad como sujeto de su propio desarrollo, capaz de transformar la realidad. Esto es posible cuando existe la armonía entre distintas generaciones así con el contexto social, permitiendo una imagen del adulto mayor como grupo aportados a la sociedad, con nuevos espacios acordes con sus necesidades e intereses. Las instituciones y organizaciones comunitarias, el barrio y grupos de vecinos, pueden ser una importante fuente de apoyo al adulto mayor, lo cual no siempre ocurre. En un estudio conducido en un área de salud de la capital de cubana se encontró que la mayoría de los adultos mayores estaban sólo parcialmente integrados a la comunidad. Sólo alrededor del 20% se hallaba vinculado a la comunidad y participaba en círculos de abuelos y otras actividades sociales (Márquez, 2007).

Al estudiar adultos mayores en Viviendas para la tercera edad se encontró que la satisfacción social era mala o muy mala, haciendo referencia a la pérdida de contacto con los amigos que tenían previo a su ingreso, la incapacidad o falta de interés para hacer nuevos amigos, así como una relación a distancia con la familia; por teléfono o con visitas escasas y breves, progresivamente reducidas a un solo miembro del colectivo familiar, generalmente mujer, hija o nuera del o la residente (Fernández, 2004).

Existe una dimensión que subyace a todas las demás referidas en la literatura y es aquella que suele denominarse satisfacción con la vida. Aunque esta dimensión depende mucho del balance personal de cada individuo, lo cierto es que debe intentarse llenar de contenido y de deseos la existencia de las personas mayores y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Las actividades sin que también otorgan sentido y coherencia a sus vidas y a sus deseos. En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno

canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de los individuos (Pérez, 2002).

La sociedad mexicana es excluyente y marginal para las personas de la tercera edad. Las posibilidades de encontrar empleo por este sector son muy remotas. Los programas gubernamentales enfocados a la realización de actividades productivas con los adultos mayores son insuficientes y en todo caso no logran completar el ciclo, producción-distribución, lo que obliga que en múltiples ocasiones lo que producen los adultos mayores, no tienen un mercado donde se consuma, por lo que no llega a obtener un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades.

Por otro lado en las empresas privadas y las instituciones públicas no se ofrecen oportunidades de empleo, en las que el adulto mayor pueda aportar su experiencia profesional y productiva, el mercado los excluye, en si el trabajo de ellos se ha devaluado. Para el empresario, no es rentable invertir en una persona que presenta enfermedades crónicas o con menos capacidades físicas, por lo que prefiere emplear a personas jóvenes cuya capacidad productiva le reditúa más ganancia.

Actualmente en las instituciones mexicanas no se contrata laboralmente a personas mayores de cuarenta años y mucho menos a personas viejas. A pesar de que dentro de la producción existen múltiples actividades que no requieren de la precisión o rapidez en su preparación y que pudieran realizar los viejos, pero por no asumir el gasto de la asistencia social que la institución o empresa debe cubrir a medias junto con el subsidio que el gobierno federal otorga, prefieren no contratarlos (Lammoglia, 2007).

En torno a lo educativo, en el país no existen experiencias de espacios universitarios que tengan oferta educativa para implementar programas dedicados a los mayores, y lo que es más lamentable son pocas las universidades en donde se imparten carreras que tengan que ver con el estudio de los viejos.

Así mismo en lo cultural son pocas las actividades que se realizan y mucho menos las dedicadas para esta población. Lo único que se ha logrado es que se les realicen algunos descuentos en las entradas, pero existe el problema físico en las instalaciones de los lugares culturales, que no cuentan con rampas, barras de apoyo, pisos seguros, servicios sanitarios, iluminación adecuada, clima adecuado, etc.

Por otro lado gran cantidad de familias mexicanas no cuentan con un vehículo, o este no tiene condiciones apropiadas para el traslado de ellos, y el servicio de transporte público, además de insuficiente, son manejados por conductores, sin una adecuada preparación, que no tienen consideración hacia los viejos, y no están dispuestos a esperar el ascenso de los mismos el cual suele ser lento e inseguro y además por ahorrar tiempo siempre viajan a una gran velocidad y en muchos casos además no cuentan con asientos suficientes y se tiene que viajar de pie, lo que puede favorecer las caídas y con ello las fracturas, lo que a su vez tiene múltiples implicaciones.

2.3 VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDAD

Al envejecer, la percepción de la propia imagen corporal y la vida social y sexual se empieza a transformar. En este sentido, envejecer resulta más complicado para las mujeres por el gran peso cultural que se da a la juventud y a la maternidad. Un hombre en la edad mediana se dice que esta más maduro; una mujer en esta etapa es probable que se le considere más vieja.

Con los años, la masa corporal y el tejido adiposo disminuyen. Los huesos pierden algunos de sus minerales y se vuelven menos densos. La estatura disminuye progresivamente. “Después de los 40 años, la estatura se reduce un centímetro por diez años de vida y después de los 70 esta pérdida es aun mayor. Los varones generalmente aumentan de peso más o menos hasta la edad de 50 años y luego comienzan a perderlo. Esto se presenta debido a factores como la pérdida de depósitos de grasa subcutánea, la pérdida del tejido óseo o la pérdida de agua del cuerpo” (Rice, 1996).

“El envejecimiento no es una enfermedad, sino un proceso de deterioro gradual del cuerpo, y por lo tanto, muchos de los cambios relacionados con la edad no se pueden prevenir”. Llevar un estilo de vida que involucre el ejercicio y una dieta bien balanceada ayuda a retardar o minimizar muchos de los deterioros relacionados con el paso del tiempo (Graig, 1997).

A la fecha, ninguna teoría explicó con suficiencia el proceso de envejecimiento, el cual es complejo y variado. La mayoría de los gerontólogos creen que es el efecto

acumulativo de la interacción de muchas influencias a lo largo de la vida. Entre éstas se encuentran la herencia, el ambiente, las influencias culturales, la dieta, el ejercicio, la diversión, las enfermedades previas y otros. Aunque hay cambios que se presentaron típicamente con el envejecimiento ocurren en diferentes tasas o grados. No hay una manera confiable de predecir específicamente cómo envejecerá una persona.

Los cambios por envejecimiento se encontraron en todas las células del cuerpo, tejidos y órganos y afectan el funcionamiento de todos los sistemas corporales. “Todos los órganos vitales van perdiendo funcionalidad. Las células conforman la base de los tejidos. A raíz del envejecimiento, se hacen más grandes y poco a poco pierden la capacidad de dividirse y reproducirse. Muchas células comienzan a funcionar de manera anormal o pierden su capacidad funcional” (Lefrancois, 2001).

Los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias se hacen más rígidos. Los cambios más significativos en la reserva orgánica se dan en el corazón, los pulmones y los riñones. La cantidad de reserva perdida puede variar entre personas y entre diferentes órganos de la misma persona. Estos cambios aparecen lentamente y a lo largo de un periodo prolongado. Aun así, cuando se somete un órgano a un trabajo más arduo que de costumbre, éste puede ser incapaz de incrementar su función, situación que puede llevar al desarrollo de una insuficiencia cardíaca súbita u otros problemas (Lefrancois, 2001).

Cuando hablamos de enfermedades y trastornos nos referimos a aquellos padecimientos que suelen ser comunes entre los ancianos. Cabe señalar que ninguno de éstos es síntoma natural de la vejez; sin embargo, este proceso natural aumentan el riesgo y frecuencia de algunas enfermedades. En general, las personas de edad presentan un aumento en la frecuencia de infecciones, arteriosclerosis, enfermedades crónicas, trastornos inmunológicos y cáncer (Rice, 1996).

Una parte significativa del incremento de riesgo se relaciono probablemente con los cambios en el sistema inmune por el envejecimiento, así como los cambios en la producción natural de hormonas. “Apenas en la década de los 90 se descubrió la relación existente entre la hormona DHEA (de-hidro-epi-androsterona) y su influencia sobre el envejecimiento, el sistema inmunológico, la vitalidad, la bioquímica del

cerebro, la mente, los estados de ánimo y una amplia variedad de enfermedades. La producción de esta hormona declina en 2% anual a partir de los 25 años”. Algunos investigadores creen que esta disminución hace las personas sean más vulnerables a muchas de las enfermedades que se asocian con la vejez, incluyendo los problemas cardíacos y el cáncer (Rice, 1996).

Tras iniciarse la etapa adulta, hay una disminución lenta y permanente en la inmunidad. “Cuando el cuerpo se expone a bacterias u otros microorganismos, produce menos de los anticuerpos necesarios o se pueden formar a una velocidad más lenta. Las vacunas, como la de la influenza, pueden ser menos efectivas y es posible que su efecto protector dure menos tiempo” (Rice, 1996).

En los adultos mayores, el sistema inmune parece volverse menos tolerante con las células del propio cuerpo. En algunos casos parece confundir el tejido normal con tejido extraño, provocando trastornos autoinmunes. “El sistema inmune se hace menos capaz de detectar células malignas y, como resultado, se incrementa el riesgo de cáncer. También se hace menos capaz de detectar partículas extrañas, con lo cual aumenta el riesgo de infecciones. La presencia de una enfermedad o el hecho de someterse a una cirugía pueden debilitar aún más el sistema inmune, haciendo que el cuerpo sea más susceptible a infecciones subsecuentes”. En muchos adultos mayores, el proceso de curación es más lento. Esto se puede atribuir a los cambios en el sistema inmune o puede ser consecuencia de otros problemas, como la diabetes o la arteriosclerosis (Rice, 2006).

A medida que uno envejece, algunas vacunas de rutina son importantes. “La vacuna para el tétano se debe suministrar cada diez años. Según el historial del paciente, el médico puede recomendar otras vacunas para prevenir la neumonía, la gripe, la hepatitis y otras” (Rice, 1996).

2.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. La OMS inició en Febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo de un instrumento que permitiera evaluar calidad de vida a través de las culturas. Este instrumento intento

considerar las diferencias culturales más allá de los indicadores clásicos de salud. En su elaboración participaron 33 países, entre ellos Panamá, Argentina, Brasil y España, este último constituyó el centro de referencia para la aplicación de la versión en español del cuestionario.

El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 ítems, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y 2 preguntas globales; cada una con 4 categorías tipo Likert¹⁻⁵. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida. Además, el test ha demostrado tener buena validez discriminante de contenido y confiabilidad test-retest.

El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida total, y puntajes para cada dominio:

Dominio 1. Físico: funcionalidad, energía, dolor, fatiga, necesidad de tratamientos médicos, capacidad de trabajo y sueño.

Dominio 2. Psicológico: satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración, sentimientos positivos y negativos; y espiritualidad (creencias).

Dominio 3. Relaciones sociales: satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual.

Dominio 4. Entorno: ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información.

Por el enfoque transcultural que tuvo desde su elaboración y por que se ajusta a los objetivos de la investigación cubriendo las dimensiones más relevantes de la calidad de vida, se decidió utilizar el WHOQOL-BREF para el presente estudio. Además, este instrumento es de fácil comprensión y no necesita demasiado tiempo para contestarlo; lo cual lo hace factible. El tiempo para su aplicación es 15 a 20

minutos aproximadamente. A partir de su empleo se obtienen un perfil de la población y apreciación del contexto psicosocial.

Para la evaluación del perfil de calidad de vida, se deben calificar los cuatro dominios, y dos preguntas que son examinados separadamente, la pregunta 1 que hace referencia a la calidad de vida general y la pregunta 2 que se refiere a la satisfacción con la salud. Los dominios se miden en una dirección positiva (entre más alto el puntaje peor es la calidad de vida). La medición de cada ítem es usado para calcular el total del dominio.

El instrumento WHOLQOL-BREF brinda un perfil de calidad de vida que se compone de 4 dominios: Físico (7 ítems); Psicológico (6 ítems); Social (3 ítems); entorno (8 ítems). Cada uno de estos es valorado en una escala de 0 a 100 según el sentido (positivo o negativo) de cada uno de los ítems que lo componen (OMS, 1991). Además se utilizó en investigaciones como:

A) Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. Autores: María Torres H (Departamento de Salud Pública de Chile); Margarita Quezada V (Facultad de Ciencias Sociales de Chile); Reinaldo Rioseco H (Facultad de Geografía, Sociales y Ciencias Políticas de Chile) y María Elena Ducci V (Instituto de Estudios Urbanos), Octubre 2004; Chile.

B) Calidad de vida y factores asociados en mujeres con Cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. Universidad de Antioquia; Facultad Nacional de Salud Pública; Autora: Carolina Salas Zapata, 11 de Noviembre del 2009; Medellín.

CAPITULO III.

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

El tercer capítulo, se planteó las representaciones sociales de calidad de vida en los adultos mayores y su familia. Se mencionaron diversas definiciones de representación social de los autores Moscovici, Dense Jodelet y Straus que hace referencia sobre la etapa de la tercera edad, la cual se consideró un proceso normal y natural, identificada por un deterioro físico y mental. Como también se describió los principios a favor del adulto mayor sobre los cuidados, aprobados por la Asamblea General de la ONU, según Gastón (2003).

Ahondamos en la necesidad principal del adulto mayor como ser social y Calidad de vida, es ejercer libre expresión y libertad de toma de decisiones en su vida diaria. Además de sus derechos como persona de la tercera edad.

Así mismo se realizó un análisis de la información referente a la representación de la vejez, el reconocimiento de la adquisición de experiencia y el conocimiento que les permite superar la ignorancia de la familia y las nuevas generaciones.

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. “La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (Moscovici, 1979).

Dicho en términos más llanos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. Al tener la representación social dos caras, la figurativa y la simbólica, es posible atribuir a toda figura un sentido y todo sentido una figura.

Por otra parte, Dense Jodelet, investigadora que se interesó también por el tema de las representaciones sociales ha dicho que el campo de representación designa al saber de sentido común cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Además hizo

alusión que “las representaciones sociales son entendidas como el conjunto de creencias, valores y saberes que hemos aprendido sobre los acontecimientos de la vida diaria, de las personas que se encuentran en nuestro entorno próximo o lejano y de nuestra experiencia particular, y todo caso se encuentra mediada por un lenguaje socialmente construido” (Jodelet, 1986).

Según la Teoría de las Representaciones Sociales, de Serge Moscovici (1979), “las representaciones sociales son conocimientos comunes, construcciones simbólicas, sistema de pensamientos que se crean en las interacciones humanas y sociales, expresadas a partir de conceptos, declaraciones y explicaciones que se dan en la vida cotidiana, en las comunicaciones interindividuales, según códigos o normas socioculturales establecidos en la realidad”.

A la etapa de la tercera edad en la vida se consideró como un proceso normal y natural, caracterizada por un deterioro físico y mental y con pérdida de vigor; etapa también de la cosecha de todo lo vivido; estos son conocimientos comunes basados en su experiencia personal y no se aleja del conocimiento científico, pues Straus citado por Moscovici (1986) sostiene “el envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social, es la resultante de factores que se caracterizan por una serie de cambios sucesivos de carácter irreversible, los cuales se producen en el individuo mucho antes que sus manifestaciones se hagan visibles para él”. El tener estos conocimientos, permitió sus reflexiones y su preparación para aceptar la vejez con naturalidad e influir en algunos aspectos para mejorar la calidad de vida que le queda por vivir al adulto mayor. Significa ser cuidado y protegido con dignidad, ser apoyado por la familia, para que logre su bienestar, respetando su condición de persona, de ser humano, porque es un derecho.

Según Gastron (2003), en la Asamblea General de la ONU se aprobó, en 1991, los principios a favor del adulto mayor y dice “cuidados, proclama que las personas de edad deben gozar de atenciones familiares, con asistencia médica y puedan disfrutar de los derechos humanos y las libertades fundamentales”.

Los valores y actitudes hacia el adulto mayor lo hacen sentirse una persona valorada, valiosa, traducido en un trato cálido, impregnado de respeto, de afecto y de amor. Maslow, referido por Fadiman y Fragar (2002), sostiene que “cada individuo necesita amor, afecto y consideración en las relaciones humanas para sentirse

satisfecho". Asimismo, sostienen que "los sentimientos tanto de dar como de recibir amor están edificados sobre una base de seguridad y necesidades físicas satisfechas. La persona busca amor y da amor a otros; necesita aceptación y la compañía. Las representaciones sociales de la calidad de vida del adulto mayor y de los demás y, a su vez, él comparte su potencial y su propia persona con aquellos que le demuestran amor". Estos son sentimientos experimentados por el adulto mayor y que inciden en su calidad de vida.

El adulto mayor necesita continuar con su libertad de acción y comunicación, disponer económicamente de una pequeña cantidad de dinero para satisfacer sus necesidades. La libertad, tanto de acción, comunicación u opinión, también es un derecho universal de la persona, y que el adulto mayor no pueda perderla; es responsabilidad de la familia garantizarle ese derecho, así como apoyarlo para que tenga seguridad económica, que es una necesidad a satisfacer en toda persona. Calidad de vida significa para el adulto mayor tener paz, tranquilidad, mientras que para la familia es la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda e higiene. Por supuesto, que la paz le dará calidad de vida al adulto mayor, porque según "la paz duradera es premisa y requisito para el ejercicio de todos los derechos y deberes humanos; la paz es tolerancia, no solo en la medida en que esforcemos diariamente en conocer mejor a los demás; y en respetarlos se conseguirá, romper las marginaciones, la indiferencia y el rencor" (González, 1999).

Sin embargo, también es importante la satisfacción de las necesidades básicas, que son vitales para todo ser humano. Para el adulto mayor es importante para su calidad de vida, continuar conservando un espacio físico dentro de su vivienda; que su familia se mantenga unida y que se le respeten sus bienes materiales. La familia no considera necesario estos valores del adulto mayor.

Por ello, la necesidad principal del adulto mayor como ser social y su calidad de vida. Es el ejercer la libre expresión y la libertad de decidir en los hechos de su vida cotidiana, pues considera que de no ejercer este derecho, estaría disminuyendo su calidad de vida.

Desde esta perspectiva, el conjunto de valores, creencias y saberes que la sociedad ha construido en torno al adulto mayor y a sus roles, una verdadera representación social, pues se evidencia como un todo estructurado, que permitió la

consolidación de un sistema androcéntrico, donde la calidad de vida se ve plenamente justificada y la dominación se muestra como un producto apenas natural del ciclo de vida. Así, el pensamiento creado acerca del adulto mayor es anclado por estas y por los individuos, de manera que pasa ser un elemento constitutivo de su psique que se ve reflejado en su actuación y que termina volviéndose un verdadero componente o reforzador del sistema que determina esta distribución de actividades en la vida del adulto mayor.

Estas representaciones sociales entorno al adulto mayor, resultaron altamente importantes, ya que se muestra el modo de vida en esta etapa de la vida, la cual es considerada como deterioro físico y mental.

Es posible identificar que como colectivo, los adultos mayores han ido construyendo representaciones acerca del proceso salud-enfermedad y del proceso de envejecimiento y la vejez que se han configurado tanto desde sus experiencias de vida personales como desde las construcciones colectivas que han sido mediadas por el propósito del grupo y por los intereses y motivaciones de sus líderes.

Aparece la vejez como la etapa del pleno desarrollo de la libertad de estas personas, pues mientras eran jóvenes y pertenecían a los núcleos familiares paternos o los de sus propias familias (cónyuge, hijos) predominaban las relaciones de dominación especialmente para las mujeres, quienes dependían tanto económica como socialmente de sus padres o esposos, además la responsabilidad con sus hijos, era una limitación para el desarrollo de su autonomía y de su personalidad (Jodelet, 1999).

La vejez es representada como la libertad y la autonomía, en tanto ahora sus vidas se rigen por sus propias leyes y no por las de otras personas, además ellos han participado en la construcción de esas leyes o normas y su cumplimiento se hace por convicción y no por obligación, como lo hacían cuando estaban jóvenes.

Esta libertad se caracterizó por la superación de limitaciones propias de la infancia y la juventud que le tocó vivir a las personas de esta etapa, marcadas por la cohibición y la autoridad sin reflexión. “Yo si veo que nos ha cambiado mucho la vida, por haber cumplido más años, porque qué más que obtuvimos esa libertad, y es una libertad muy rica, y después que uno ya solo es más suave todavía”. “Cuando jóvenes manteníamos muy cohibidos, no podíamos nada, y la única libertad que tuvimos fue

cuando nos casamos y ya cuando uno enviudó, pero ahora sí uno quedó libre y se siente bien, se siente rico, y se quitó de encima ese mandato, se siente como los pájaros libre” (Jodelet, 1999).

Otra categoría que emerge durante el análisis de la información muestra como representación de la vejez, el reconocimiento de la adquisición de experiencia y conocimiento que les permite superar la ignorancia de la juventud.

Desde el enfoque del ciclo vital, se consideró que durante la vejez las personas son poseedoras de sabiduría, es decir, un conocimiento pragmático, que va mas allá del aprendizaje y del conocimiento factual, pues consiste en la acumulación de las experiencias vividas a lo largo de la existencia al cumplir las tareas, manejar las situaciones y resolver los problemas que la propia vida impone. “La sabiduría supone aplicar el buen juicio al conducir la propia vida, desarrollar la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarla a los asuntos importantes. Es que antes nosotros éramos más o menos ignorantes, ahora ya tenemos más experiencia” (Jodelet, 1999).

Para las personas mayores también representó la vejez como bienestar, dentro de esta categoría se incorporan la satisfacción con la vida que depende de la obtención de placer de las actividades que conforman su vida cotidiana; el considerar que su vida ha sido significativa y su aceptación; el logro de las metas; mantener una autoimagen positiva y mantener una actitud optimista y una vida feliz. Esta forma de bienestar se conoce como bienestar subjetivo, el cual está determinado principalmente por la actitud frente a la vida que asumen las personas en situaciones particulares. “La actitud se entiende como una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, la actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre grupos de personas. La actitud engloba un conjunto de creencias todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o una situación” (Moscovici, 1986).

Las metas de los adultos mayores se vincularon necesariamente con el mantenimiento de lo que ya se ha logrado. Esto supone que los adultos mayores se esfuerzan por mantener actividades o roles sociales bien establecidos de los que

obtienen satisfacción. Un adulto mayor que se acepta a sí mismo, que tiene una implicación activa en la vida, buena relación con los otros y se esfuerza en un desarrollo personal continuo logra mayores niveles de bienestar, no solo físico sino también espiritual y sociocultural. “Yo me siento muy feliz, voy a cumplir 75 años y me siento como una quinceañera, gracias a Dios nuestro señor”. “Yo digo que nosotros viejos no estamos, nos sentimos muy bien” (Buendía, 1994).

La salud es uno de los más importantes factores relacionados con el bienestar, tanto el objetivo como el subjetivo. “Entendida así la salud se expresa a través del desarrollo de las potencialidades de Ser, Amar y Tener que dan cuenta de la satisfacción de las necesidades humanas tanto de subsistencia como de las socioculturales”. En la vida cotidiana de los adultos mayores se observa la relevancia que tiene el desarrollo del ser, en tanto posibilidad de lograr la autosatisfacción con su vida, su dimensión espiritual y el desarrollo intrapersonal armónico (Fadiman, Fragart; 2002). “Las relaciones interpersonales también se destacan en la cotidianidad de estos adultos mayores ya que la interacción con sus pares es un factor determinante de su bienestar y es a través de este proceso de interacción como construyen un grupo social que les da identidad y les fortalece la autonomía y la autoimagen”. La posibilidad de tener, es decir, de satisfacer las necesidades materiales para los adultos mayores, aunque precaria, es satisfactoria porque al menos les permite dar continuidad a sus estilos de vida y de paso cumplir con sus metas, que contemplan la estabilidad social, económica y afectiva en sus vidas (Jodelet, 1999).

Desde este punto de vista podemos decir que la vejez y el proceso de envejecimiento de estas personas son consideradas como un proceso natural por el que todos deben atravesar, y que está más cercano a la salud y al bienestar que a la enfermedad. A pesar de la percepción de bienestar que experimentan estos adultos mayores, ellos tienen la capacidad de realizar un juicio crítico a este proceso y a esta etapa de sus vidas y reconocer que por sumar años a la vida, se presenta disminución de la energía, de la capacidad para desplazarse y para ejecutar las tareas de la vida cotidiana, pero que estas debilidades se pueden compensar con otros logros como la sabiduría, la libertad y el bienestar. No se percibe en ellos una negación de su vejez, por el contrario muestran permanentemente una actitud positiva hacia la vida y hacia el disfrute de los logros adquiridos (Buendía, 1994).

Actualmente, vivimos en una sociedad donde impera la violencia, con diferentes manifestaciones, producto de la crisis económica, política y social, que trata duramente a amplios sectores sociales, particularmente a los vulnerables y excluidos, entre los que encontramos a los Adultos Mayores. La violencia en el hogar y el maltrato hacia algunos de sus miembros, siempre ha existido. Sin embargo, se mantiene silenciada, volviéndose aceptada, es por este motivo que la violencia al interior de la familia es un fenómeno que causa gran inquietud en la sociedad.

Las personas de la tercera edad, reconocen la violencia psicológica, la que de acuerdo a “las representaciones sociales que éstos poseen, se manifiesta de diversas maneras: La verbal, como son los gritos, formas inadecuadas de hablarle al adulto mayor, insultarlo o anularlo como persona. La infantilización, donde se trata al anciano como un niño que no es capaz de pensar o de tomar sus propias decisiones”. La afectiva y humillación, además del aislamiento; son formas de expresión de violencia que derivan en que el adulto mayor al interior de su familia se sienta en un estado de vulnerabilidad y baja autoestima (Buendía, 1994).

Las representaciones simbólicas que representa para los adultos mayores, dentro de la familia la mujer posee el rol tradicional de esposa, educadora y cuidadora de los hijos. Con lo cual ella adquiere toda responsabilidad en la realización de éstas tareas y el hombre asume el rol de proveedor y por ende se encuentra por lo general, ausente de los procesos familiares. Esto se fundamenta en el hecho de que las esposas, en esta generación, eran las que poseían la mayor responsabilidad en el cuidado y crianza de los hijos y además en que en ese entonces la familia estaba compuesta por un gran número de hijos, con lo cual el castigo físico era un método válido para disciplinarlos.

Por tanto, las representaciones sociales de los adultos mayores, es posible que se deba a su pertenecía a clubes, lugar donde interactúan con sus pares, comparten experiencias, e ideales; desarrollando de esta manera sus potencialidades, habilidades y conocimientos.

Las representaciones tienen que ver con la forma como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, lo que sucede en nuestro medio ambiente, las informaciones que circulan, las personas que hacen parte del entorno próximo o lejano. “Son conocimientos que se constituye a partir de

nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social, dichas representaciones, sin embargo, no ejercerían de manera absoluta la determinación sociedad-individuo, en tanto que no se trata simplemente de una reproducción, sino más bien de una reconstrucción o recreación mediada por la experiencia vital del sujeto en un ámbito cultural determinado” (Jodelet, 1999).

MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

Analizar la representación social de la calidad de vida de los adultos mayores integrantes del grupo “Nuevo amanecer” del Sistema DIF municipio de Tetepango, Hidalgo; mediante una investigación observacional-descriptiva-cualitativa en el periodo septiembre-octubre 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar la percepción del adulto mayor acerca de la calidad de vida y las relaciones familiares.
- Conocer las representaciones sociales que tiene el adulto mayor respecto de su calidad de vida.
- Analizar las prácticas que lleva a cabo la familia para brindarle calidad de vida al adulto mayor.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo se percibe una persona mayor?
- ¿Qué papel, que expectativas de vida tienen los mayores en esta sociedad tecnificada?

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se ubica como observacional descriptiva, ya que de acuerdo con Danhke (1989), los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se analice. Por tanto, la intención fue conocer cómo se percibe el adulto mayor de 65 años.

MUESTRA

El tipo de muestra fue probabilística, ya que participó toda la población que asiste al grupo, es decir, 21 personas mayores de 65 años de edad, 14 mujeres y 7 hombres, con educación básica y nivel socioeconómico bajo y medio.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas que se utilizaron fueron la observación y el instrumento WHOQOL-BREF.

1. Se aplicó una Guía de Observación para recabar información: Horario de entrada, salida y las actividades que realizaron en estas situaciones. Datos personales como actividades que realizan durante el día, estado civil, domicilio y escolaridad. Además de su vestimenta, aspectos de higiene, temas de conversación, amistades y actividad física.

La observación es el procedimiento de mirar detenidamente las conductas, cosas, fenómenos y datos para conocer y comprender los comportamientos (Pardinas, 1998). Esta herramienta se empleo con la finalidad de observar la forma en que los adultos mayores se relacionan; es decir, nos permite indagar aspectos generales de calidad de vida del adulto mayor para el presente estudio. La observación se realiza durante dos horas todos los jueves de 4:00 pm a 6:00 pm.

2. Se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF con la finalidad de conocer y describir la representación social en calidad de vida del grupo adultos mayores “Nuevo amanecer”, ya que el cuestionario mide y evalúa a través de las dimensiones culturales la percepción de Calidad de vida.

PROCEDIMIENTO

Los adultos mayores fueron invitados a participar en el estudio, una vez obtenido su consentimiento para la realización de la encuesta, se acordó con ellos el día, lugar y horario. Se les proporcionó un cuestionario y lápiz; se hizo de forma grupal y a quienes no sabían leer y escribir se les apoyo. Los participantes contestaron el cuestionario en tanto que se efectuaban las actividades del grupo, durante 15 a 20 minutos, y el número de preguntas sin contestar no significativo. La comprensión del cuestionario fue satisfactoria de acuerdo a lo expresado por los adultos. Solo presentó algún problema con la pregunta sobre su sexualidad.

RESULTADOS

PERÍODO DE OBSERVACIÓN

Describiremos los datos obtenidos a través de la observación. Los adultos mayores se mostraron apresurados, ansiosos y preocupados en el momento de llegar al salón para la reunión 4:00 p.m. Durante la reunión fueron participativos en las actividades que les indica el instructor, además compartieron sus experiencias con sus compañeros. Cuando realizaban ejercicios se ordenaban por lista e iniciaban conforme la música aproximadamente 30 minutos, después tienen 10 min. De lapso de tiempo para descansar y posteriormente continuar con la sesión. En la salida 6:00 p.m. se observó un cambio, ya que caminaban relajados, cansados, sonriendo y conversando.

La mayoría de la población de la tercera edad que asistió eran mujeres de clase baja del municipio, amas de casa y escolaridad mínima. En el caso de los adultos mayores (hombres) la mayoría eran campesinos. Su vestimenta es sencilla (pans, playeras, zapatos, pantalón de mezclilla, camisa, camiseta, blusa en el caso de las mujeres, algunas de ellas hechas a mano y zapatos algunos pasados de moda y rotos), es decir, un tanto desalineados en su mayoría. En su aspecto físico logramos observar aseo personal (ropa y calzado limpio pero desgastado en las ancianas el peinado tradicional de trenza larga o coleta con el cabello blanco o grisáceo y en los ancianos el cabello también de color, corto despeinado por el sombrero). La actitud que percibimos es diversa como apática, irritable, extrovertida, introvertida y solidaria. Los principales temas de conversación son en relación con el conyugue, familia, telenovelas, radio, eventos del municipio, etc. En cuanto al grupo comentaban de la presentación pasada y organizan otra actividad para futuras participaciones en la región. Se pudo observar que se reúnen conformando grupos en el momento de salida para no dirigirse sola (o) a su domicilio.

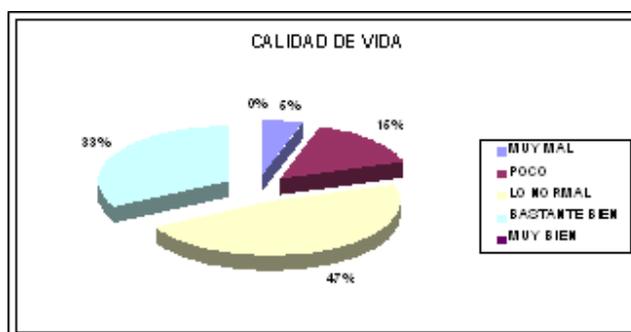
ESCALA WHOQOL-BREF

Se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF permite valorar de forma independiente la calidad de vida en general y la satisfacción con la salud en una escala de 0 a 100, siendo 0 la peor valoración y 100 la mejor. Los resultados graficados se presentan a continuación.

De un máximo de 100 puntos a ¿cómo calificaría su calidad de vida?, los adultos mayores alcanzaron en lo normal 47%; bastante bien 33%; poco 15% y los de muy mal 5% (Tabla A y Gráfica 1).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy mal	1	5
Poco	3	15
Lo normal	10	47
Bastante bien	7	33
Muy bien	0	0
TOTAL	21	100

Tabla A. Resultados de puntajes WHOQOL-BREF relacionados con la calidad de vida general.

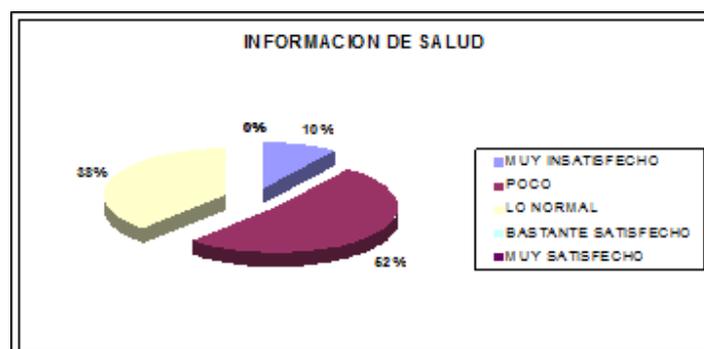


Gráfica 1. Indicadores de posición de puntajes WHOQOL-BREF relacionados con la calidad de vida general

Para ¿Cuán satisfecho está de su salud?, los adultos mayores en la escala poco alcanzaron 52%; en lo normal 38%, los de muy insatisfecho 10% y Bastante satisfecho 0% al igual que Muy satisfecho 0%.(Tabla B y Gráfica 2).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	2	10
Poco	11	52
Lo normal	8	38
Bastante satisfecho	0	0
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla B. Resultados de puntajes WHOQOL-BREF relacionados con la satisfacción con salud.

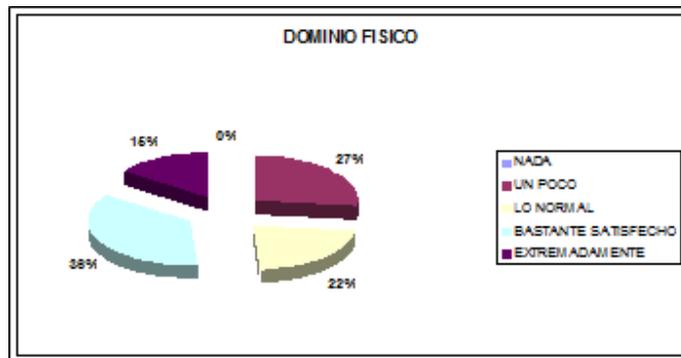


Gráfica 2. Indicadores de posición de puntajes WHOQOL-BREF relacionados con la satisfacción con salud.

Los resultados que se obtuvieron de cada dominio fueron las siguientes:

1. Dominio físico.

En este dominio, conformado por 7 ítems se encontraron diferencias estadísticas en los rangos promedios de la puntuación del dominio físico de las categorías de funcionalidad, dolor, fatiga, la necesidad de tratamientos médicos y la capacidad de trabajo.), En el cual se obtuvo una mediana de 22 puntos en la escala de WHOLQOL-BREF. En la población total este puntaje varía entre 15 y 27 puntos. En la presente gráfica se describe que de la población total la satisfacción se concentró en el nivel poco con 27%; el nivel bastante alcanzó 36%; lo normal 22%; el 15% extremadamente y nivel nada 0%. Por tanto, los adultos se encontraban no satisfechos en términos de salud física (Gráfica 3).



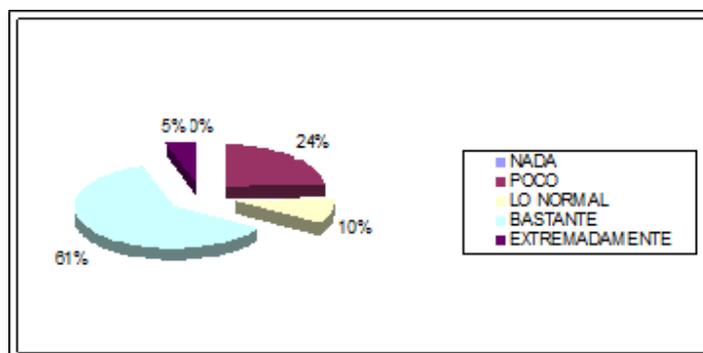
Gráfica 3. Resultados del dominio físico

Descripción de los ítems que corresponden al dominio físico.

Ítem 3. ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
La población total de adultos mayores presenta un porcentaje mayor en la escala Bastante 13%; Un poco 5%; Lo normal 2%; Extremadamente 1% siendo el menor y Nada el 0% (Tabla C y Gráfica 4).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	0	0
Poco	5	24
Lo normal	2	10
Bastante satisfecho	13	61
Extremadamente	1	5
TOTAL	21	100

Tabla C. Resultados del ítem referente al dolor físico del adulto mayor

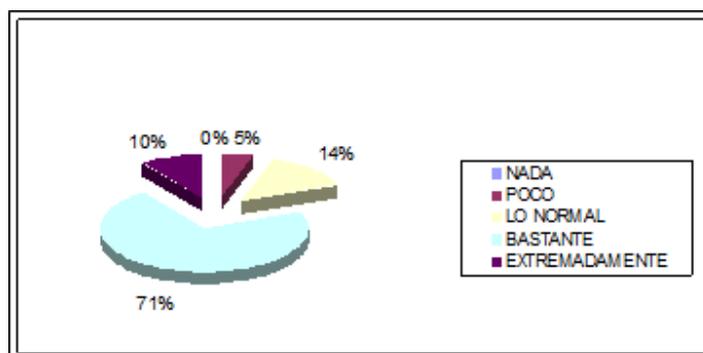


Gráfica 4. Resultados del ítem que se refiere al dolor físico.

Ítem 4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida? El porcentaje mayor obtenido por la población de adultos mayores se presenta en Bastante 71%; Lo normal 14%; Extremadamente 10%; Un poco 5% el menor y Nada 0% (Tabla D y Gráfica 5).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	0	0
Poco	1	5
Lo normal	3	14
Bastante satisfecho	15	71
Extremadamente	2	10
TOTAL	21	100

Tabla D. Resultados sobre el tratamiento medico que necesita el adulto mayor.

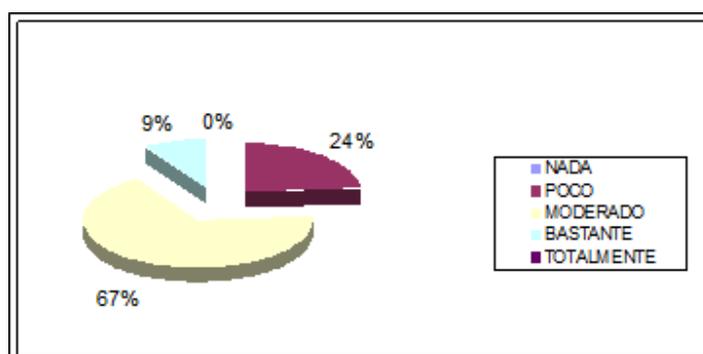


Gráfica 5. Resultados sobre el tratamiento medico que necesita el adulto mayor.

Ítem 10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? Se presento en la población total de adultos mayores el porcentaje mayor en escala Moderado 67%; Un poco 24%; Bastante 9%; Nada 0% y Totalmente 0% (Tabla E y Gráfica 6).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	0	0
Poco	5	24
Moderado	14	67
Bastante satisfecho	2	9
Totalmente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla E. Resultados relacionados a la energía que necesita para la vida diaria del adulto mayor.

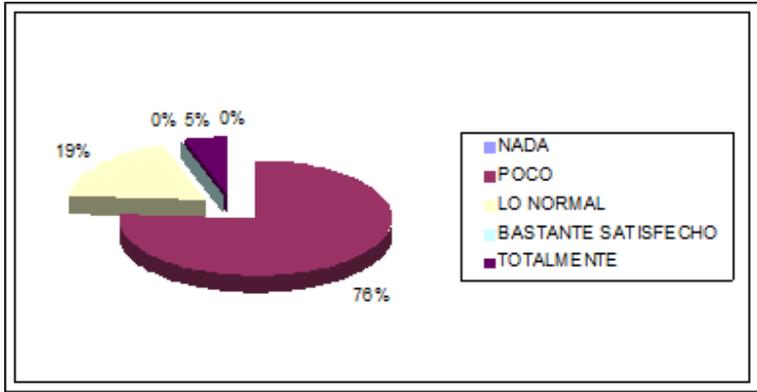


Gráfica 6. Resultados relacionados a la energía que necesita para la vida diaria del adulto mayor.

Ítem 15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? La población total de adultos mayores presento el porcentaje mayor en la escala Un poco 76%; Moderado 19%; Totalmente 5%; Nada 0% y Bastante 0%. (Tabla F y Gráfica 7).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	0	0
Poco	16	76
Moderado	4	19
Bastante satisfecho	0	0
Totalmente	1	5
TOTAL	21	100

Tabla F. Resultados concerniente de la capacidad de desplazarse del adulto mayor.

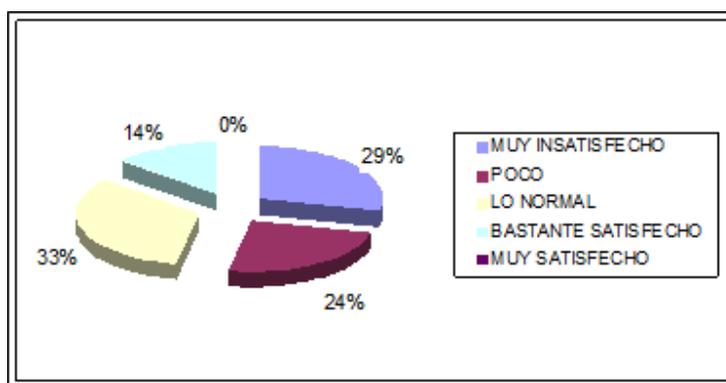


Gráfica 7. Resultados concerniente de la capacidad de desplazarse del adulto mayor.

Ítem 16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño? El porcentaje mayor obtenido de la población total de adultos mayores se presento en la escala Lo normal 33%; Muy insatisfecho 29%; Un poco 24%; Bastante satisfecho 14% y Muy satisfecho 0%. (Tabla G y Gráfica 8).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	6	29
Poco	5	24
Lo normal	7	33
Bastante satisfecho	3	14
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla G. Resultados sobre la satisfacción del sueño en los adultos mayores.

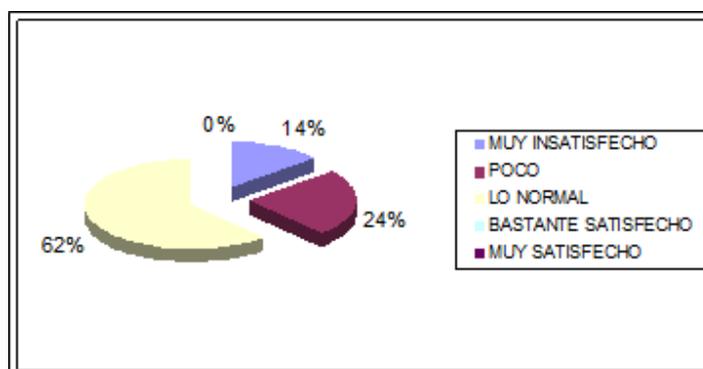


Gráfica 8. Resultados sobre la satisfacción del sueño en los adultos mayores.

Ítem 17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? Se presento en la población total un porcentaje mayor en la escala Lo normal 62%; Un poco 24%; Muy insatisfecho 14%, Bastante satisfecho 0% y Muy satisfecho 0%. (Tabla H y Gráfica 9).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	3	14
Poco	5	24
Lo normal	13	62
Bastante satisfecho	0	0
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla H. Resultados de la satisfacción de realizar las actividades del adulto mayor.

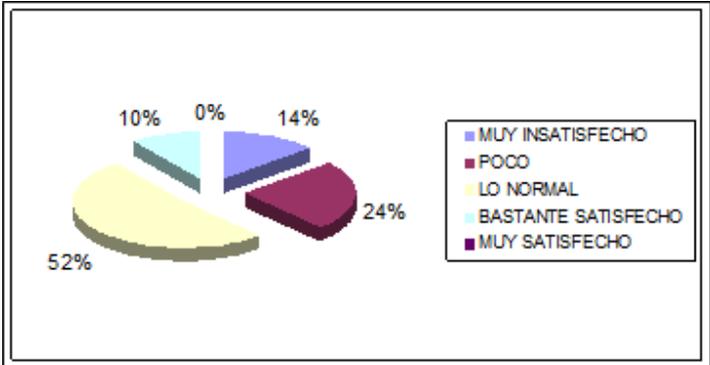


Gráfica 9. Resultados de la satisfacción de realizar las actividades del adulto mayor.

Ítem 18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo? La población presento el porcentaje mayor en la escala Lo normal 52%; Un poco 24%; Muy insatisfecho 14%; Bastante satisfecho 10%; y Muy satisfecho 0%. (Tabla I y Gráfica 10).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	3	14
Poco	5	24
Lo normal	11	52
Bastante satisfecho	2	10
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

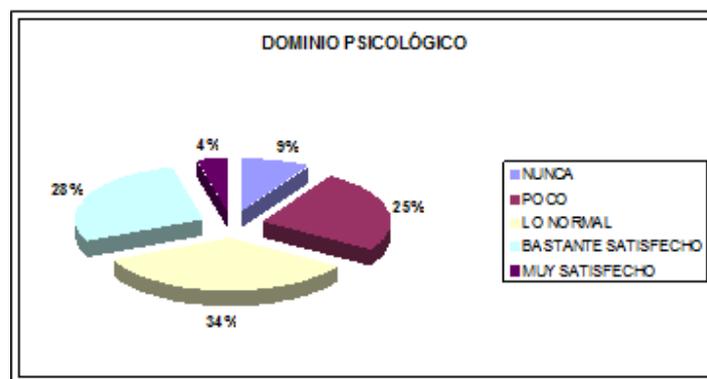
Tabla. I Resultados de la satisfacción con la capacidad de trabajo de los adultos mayores.



Gráfica 10. Resultados de la satisfacción con la capacidad de trabajo de los adultos mayores.

2. Dominio Psicológico.

Conformado por 6 ítems relacionados con la satisfacción con la vida y consigo mismo, capacidad de concentración, los sentimientos positivos y negativos; la espiritualidad (creencias), en el cual se obtuvo una mediana de 25 puntos en la escala de WHOLQOL-BREF. En la población total este puntaje varía entre 9 y 28 puntos. La satisfacción se concentró en el nivel normal con 34%. En bastante satisfecho 28%; poco 25%, muy insatisfecho 9% y como muy satisfecho alcanzaron 4%. Por ello, los adultos mayores percibían su CV en el aspecto psicológico en los niveles normal y bastante satisfecho, lo que podría estar relacionado a que tienen contacto más cercano con otros adultos mayores, con los cuales pueden potenciar sus redes de apoyo (Gráfica. 11).



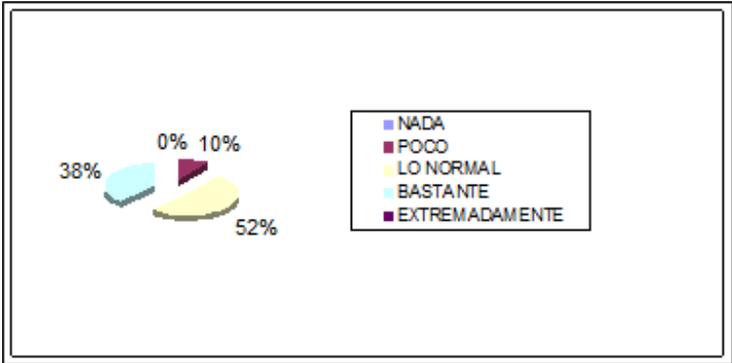
Gráfica. 11 Resultados del dominio Psicológico

Descripción de los ítems que corresponden al dominio Psicológico.

Ítem 5. ¿Cuánto disfruta de la vida? El porcentaje mayor obtenido de la población total de los adultos mayores se presentó en la escala Lo normal 52%; Bastante 38%; Un poco 10%; Nada 0% y Extremadamente 0%. (Tabla J y Gráfica 12).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	0	0
Poco	2	10
Lo normal	11	52
Bastante	8	38
Extremadamente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla J. Resultados sobre cuánto disfruta la vida el adulto mayor.

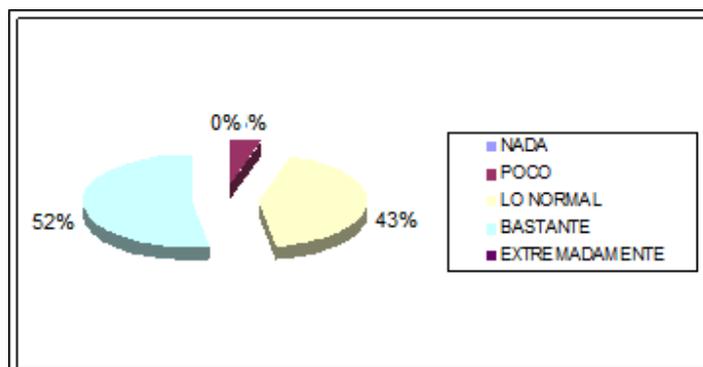


Gráfica 12. Resultados sobre cuánto disfruta la vida el anciano.

Ítem 6. ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido? Se presento en la población de adultos mayores el porcentaje mayor en la escala Bastante 52%; Lo normal 43%; Un poco 5%; Nada 0% y Extremadamente 0%. (Tabla K y Gráfica 13).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	0	0
Poco	1	5
Lo normal	9	43
Bastante	11	52
Extremadamente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla K. Resultados concernientes al sentido de vida en el adulto mayor.

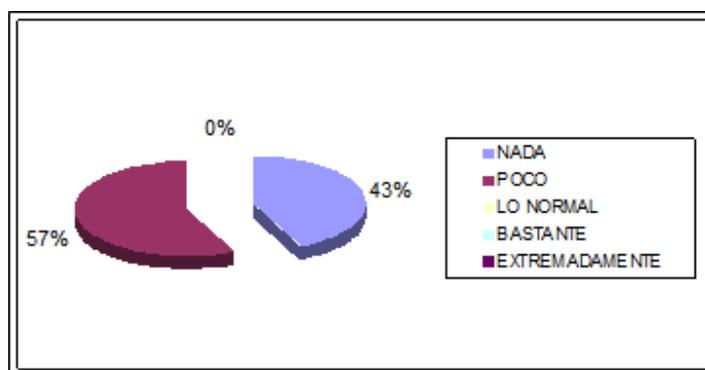


Gráfica 13. Resultados concernientes al sentido de vida en el adulto mayor.

Ítem 7. ¿Cuál es su capacidad de concentración? La población total de adultos mayores presento el porcentaje mayor en la escala Un poco 57%; Nada 43%; Lo normal 0%; Bastante 10% y Extremadamente 0%. (Tabla L y Gráfica 14).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	9	43
Poco	12	57
Lo normal	0	0
Bastante satisfecho	0	0
Extremadamente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla L. Resultados referentes a la capacidad de concentración en los adultos mayores.

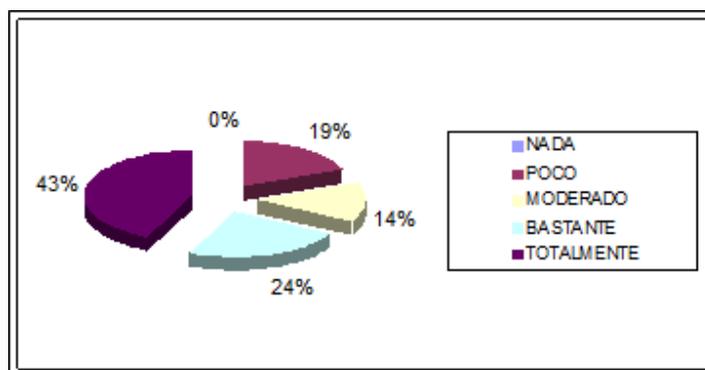


Gráfica 14. Resultados referentes a la capacidad de concentración en los adultos mayores.

Ítem 11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? El porcentaje mayor obtenido de la población total de adultos mayores se presentó en la escala Totalmente 43%; Bastante 24%; Moderado 14%; Un poco 19% y Nada 0%. (Tabla M y Gráfica 15).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	0	0
Poco	4	19
Moderado	3	14
Bastante	5	24
Totalmente	9	43
TOTAL	21	100

Tabla M. Resultados relacionados a la aceptación de la apariencia física en los adultos mayores.

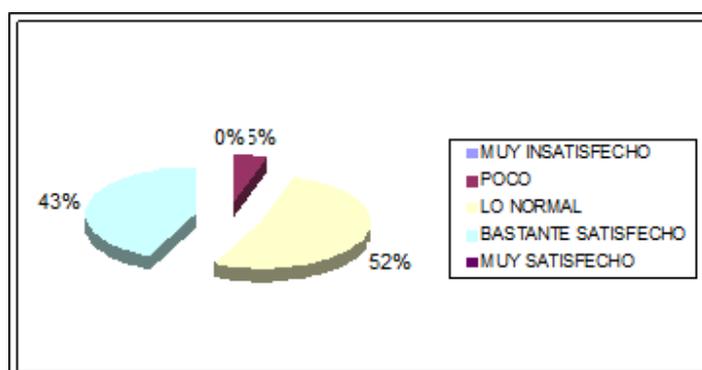


Gráfica 15. Resultados relacionados a la aceptación de la apariencia física en los adultos mayores.

Ítem 19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo? Se presento en la población total de adultos mayores el porcentaje mayor en la escala Lo normal 52%; Bastante satisfecho 43%; poco 5%; Muy insatisfecho 0% y Muy satisfecho 0%.(Tabla N y Gráfica 16).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	0	0
Poco	1	5
Lo normal	11	52
Bastante satisfecho	9	43
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla N. Resultados de la satisfacción de si mismo de los adultos mayores.

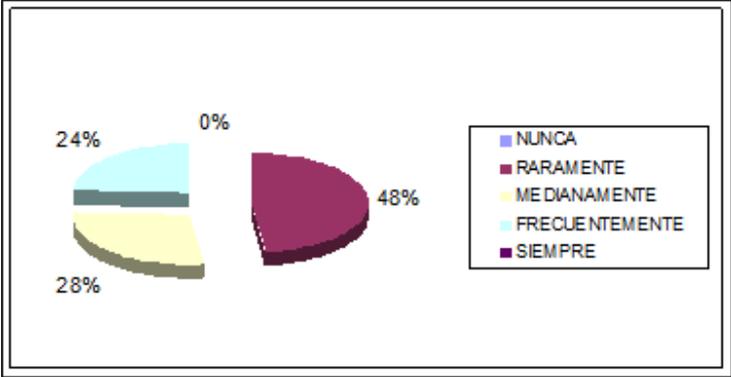


Gráfica 16. Resultados de la satisfacción de si mismo de los adultos mayores.

Ítem 26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos? La población total de adultos mayores presento el porcentaje mayor en la escala Raramente 48; Medianamente 28%; Frecuentemente 24%; Nunca 0% y Siempre 0%. (Tabla O y Gráfica 17).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nunca	0	0
Raramente	10	48
Medianamente	6	28
Frecuentemente	5	24
Siempre	0	0
TOTAL	21	100

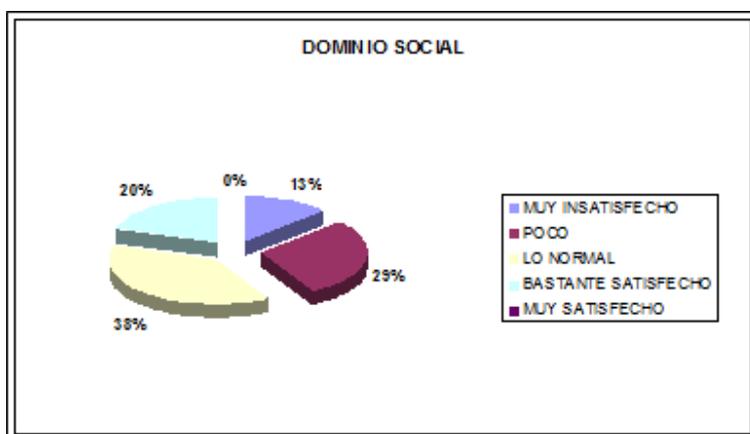
Tabla O. Resultados sobre la frecuencia de tener sentimientos negativos en los adultos mayores.



Gráfica 17. Resultados sobre la frecuencia de tener sentimientos negativos en los adultos mayores.

3. Dominio Social.

En este dominio, conformado por 3 ítems relacionados con la satisfacción de relaciones personales, el soporte social y la actividad sexual, se obtuvo una mediana de 20 en la escala de WHOQOL-BREF. En la población total este puntaje varía entre 13 y 29 puntos. En el total de adultos mayores la satisfacción se ubicó en nivel normal 38% y poco 29%; en bastante satisfecho 20%, muy insatisfecho 13% y nivel muy satisfecho 0%. Por lo que se podría señalar que los adultos mayores no tienen una mejor percepción de sus relaciones sociales (Gráfica 18).



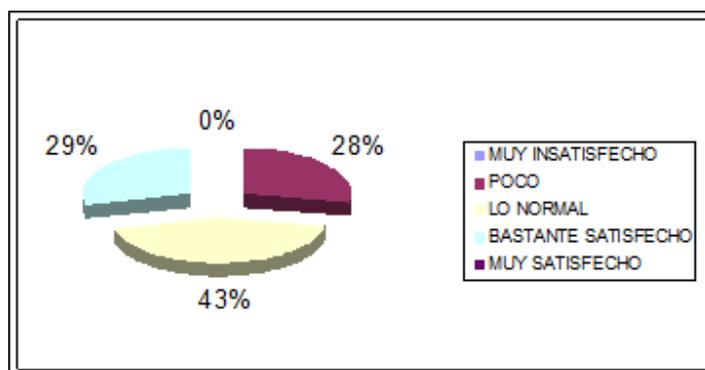
Gráfica 18. Resultados del dominio Social.

Descripción de los ítems correspondientes al dominio Social.

Ítem 20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales? La población total de adultos mayores presento el porcentaje mayor en la escala Lo normal 43%; Bastante satisfecho 29%; Poco 28%; Muy insatisfecho 0% y Muy satisfecho 0%. (Tabla P y Gráfica 19).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	0	0
Poco	6	28
Lo normal	9	43
Bastante satisfecho	6	29
Muy insatisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla P. Resultados relacionados a la satisfacción de sus relaciones personales del adulto mayor.

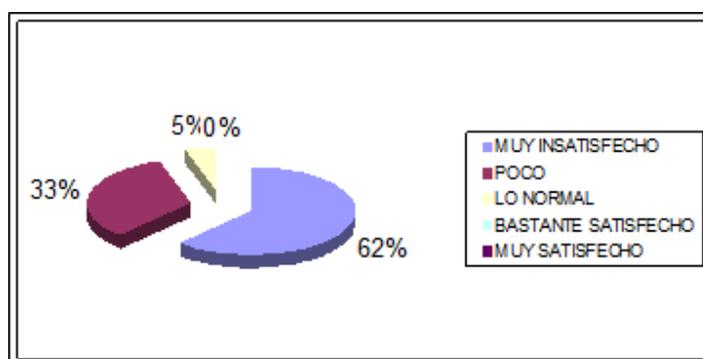


Gráfica 19. Resultados relacionados a la satisfacción de sus relaciones personales del adulto mayor.

Ítem 21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? El porcentaje mayor obtenido de la población total de los adultos mayores se presentó en la escala Muy insatisfecho 62%; Un poco 33%; Lo normal 5%; Bastante satisfecho 0% y Muy satisfecho 0%. (Tabla Q y Gráfica 20).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	13	62
Poco	7	33
Lo normal	1	5
Bastante satisfecho	0	0
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla Q. Resultados referentes a la vida sexual del adulto mayor.

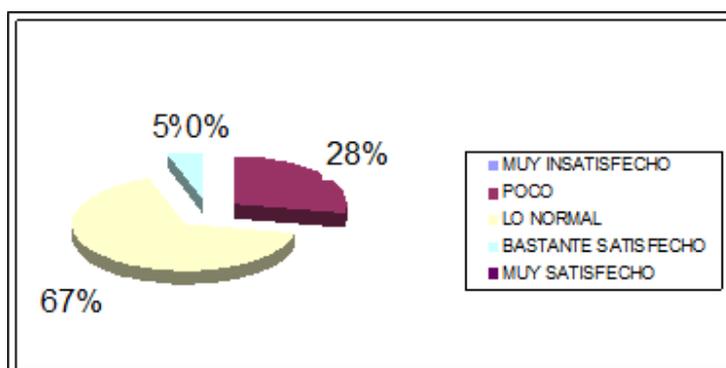


Gráfica 20. Resultados referentes a la vida sexual del adulto mayor.

Ítem 22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que tiene de sus amigos? Se presento en la población total de adultos mayores el porcentaje mayor en la escuela Lo normal 67%; Un poco 28%; Bastante satisfecho 5%; Muy insatisfecho 0% y Muy satisfecho 0%. (Tabla R y Gráfica 21).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	0	0
Poco	6	28
Lo normal	14	67
Bastante satisfecho	1	5
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

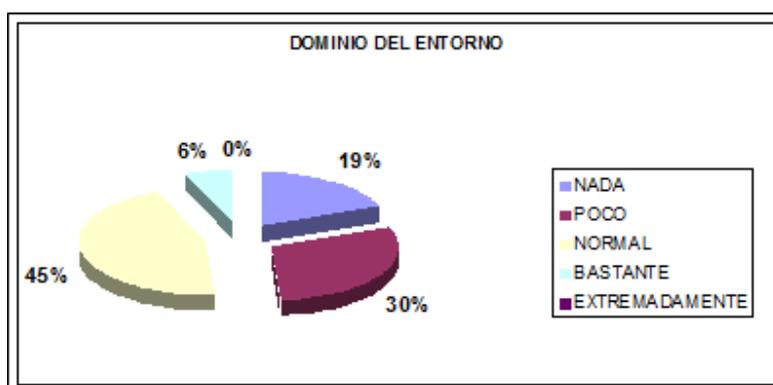
Tabla R. Resultados sobre el apoyo que tienen los adultos mayores de sus amigos.



Gráfica 21. Resultados sobre el apoyo que tienen los adultos mayores de sus amigos.

4. Dominio del Entorno.

En este dominio, conformado por 8 ítems relacionados con el ambiente físico, la seguridad, los recursos financieros, el acceso a los servicios de salud, la participación en actividades de ocio y recreación, entre otros. Se obtuvo una mediana de 19 en la escala de WHOQOL-BREF. En la población total esta puntuación varía entre 6 y 30. La satisfacción se concentró en el nivel lo normal 45%; un poco 30%; nada 19%; bastante satisfecho 6% y extremadamente 0%. Los resultados indican que el medio ambiente no es valorado por las personas. Una explicación podría ser la inseguridad que provoca el medio ambiente a adultos mayores, por la heterogeneidad etárea de la población, con los consecuentes problemas sociales (violencia, drogadicción, alcoholismo) (Gráfica 22).



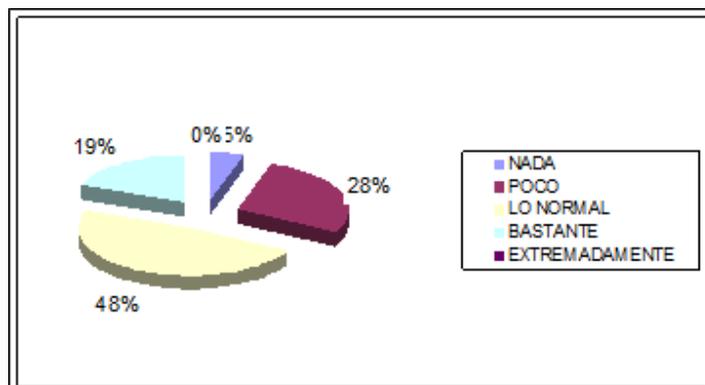
Gráfica 22. Resultaos en dominio del Entorno

Se describen los ítems correspondientes del dominio del Entorno.

Ítem 8. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? La población total de adultos mayores presento el porcentaje mayor en la escala Lo normal 48%; Un poco 28%; Bastante 19%; Nada 5% y Extremadamente 0%. (Tabla S y Gráfica 23).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	1	5
Poco	6	28
Lo normal	10	48
Bastante	14	19
Extremadamente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla S. Resultados concernientes a la estabilidad económica en los adultos mayores.

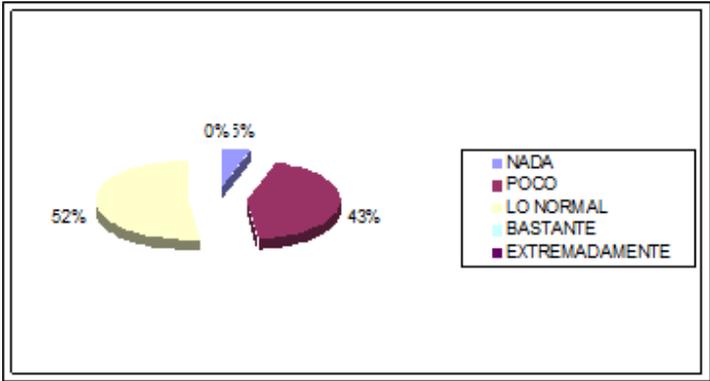


Gráfica 23. Resultados concernientes a la estabilidad económica en los adultos mayores.

Ítem 9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor? El porcentaje mayor obtenido de la población total de adultos mayores se presentó en la escala Lo normal 52%; Un poco 43%; Nada 5%; Bastante 0% y Extremadamente 0%. (Tabla T y Gráfica 24).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	1	5
Poco	9	43
Lo normal	11	52
Bastante	0	0
Extremadamente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla T. Resultados sobre el ambiente físico del adulto mayor.

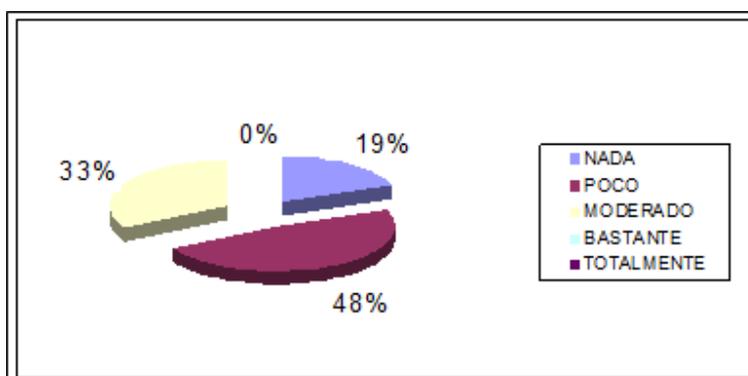


Gráfica 24. Resultados sobre el ambiente físico del adulto mayor.

Ítem 12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? Se presento en la población total de adultos mayores el porcentaje mayor en la escala Un poco 48%; Moderado 33%; Nada 19%; Bastante 0% y Totalmente 0%. (Tabla U y Gráfica 25).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	4	19
Poco	10	48
Moderado	7	33
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla U. Resultados relativos a la economía de los adultos mayores.

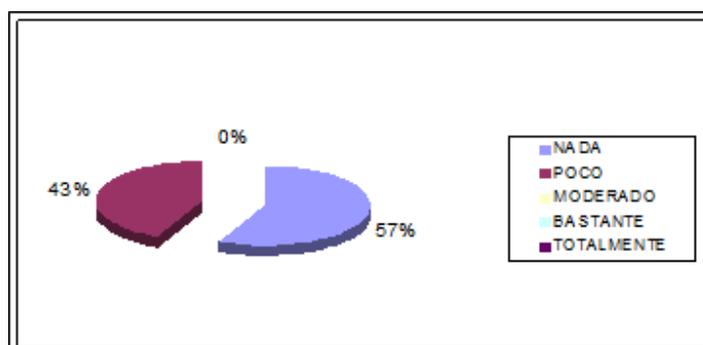


Gráfica 25. Resultados relativos a la economía de los adultos mayores.

Ítem 13. ¿Cuán disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? La población total de adultos mayores presento el porcentaje mayor en la escala Nada 57%; Un poco 43%; Moderado 0%; Bastante y Totalmente 0%. (Tabla V y Gráfica 26).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	12	57
Poco	9	43
Moderado	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla V. Resultados concernientes al acceso de información que tienen los adultos mayores.

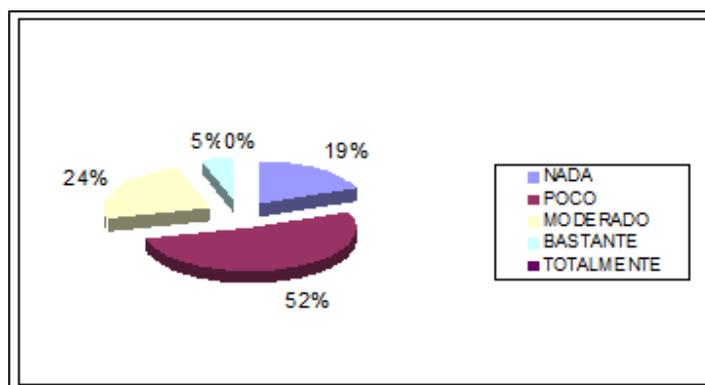


Gráfica 26. Resultados concernientes al acceso de información que tienen los adultos mayores.

Ítem 14. ¿Hasta que punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio? El porcentaje mayor obtenido de la población total se presentó en la escala Un poco 52%; Moderado 24%; Nada 19; Bastante 5% y Totalmente 0%. (Tabla W y Gráfica 27).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Nada	4	19
Poco	11	52
Moderado	5	24
Bastante	1	5
Totalmente	0	0
TOTAL	21	100

Tabla W. Resultados sobre las actividades de ocio en el adulto mayor.

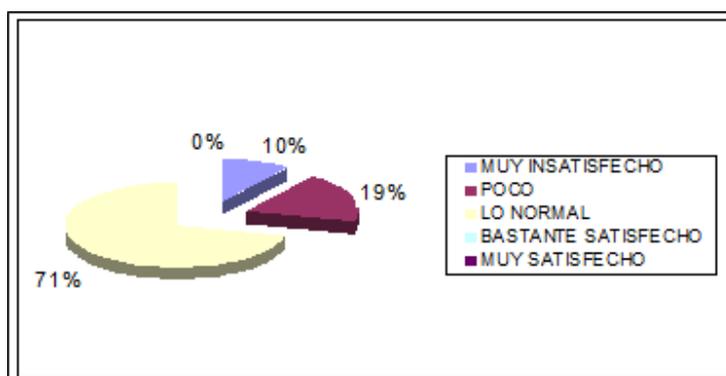


Gráfica 27. Resultados sobre las actividades de ocio en el adulto mayor.

Ítem 23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones donde vive? Se presenta en la población total un porcentaje mayor en la escala Lo normal 71%; Un poco 19%; Muy insatisfecho 10%; Bastante satisfecho 0% y Muy satisfecho 0%. (Tabla X y Gráfica 28).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	2	10
Poco	4	19
Lo normal	15	71
Bastante satisfecho	0	0
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla X. Resultados de la satisfacción del lugar donde viven los adultos mayores.

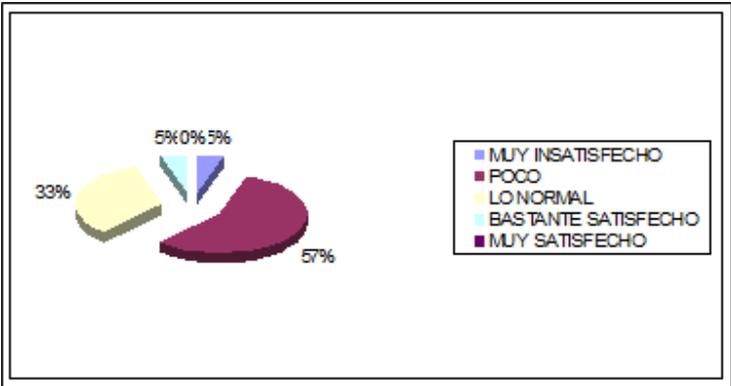


Gráfica 28. Resultados de la satisfacción del lugar donde viven los adultos mayores.

Ítem 24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? La población total de adultos mayores presento el porcentaje mayor en la escala Un poco 57%; Lo normal 33%; Muy insatisfecho 5% y Muy satisfecho 0%. (Tabla Y y Gráfica 29).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	1	5
Poco	12	57
Lo normal	7	33
Bastante satisfecho	1	5
Muy insatisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla Y. Resultados relacionados a la satisfacción de servicios sanitarios del adulto mayor.

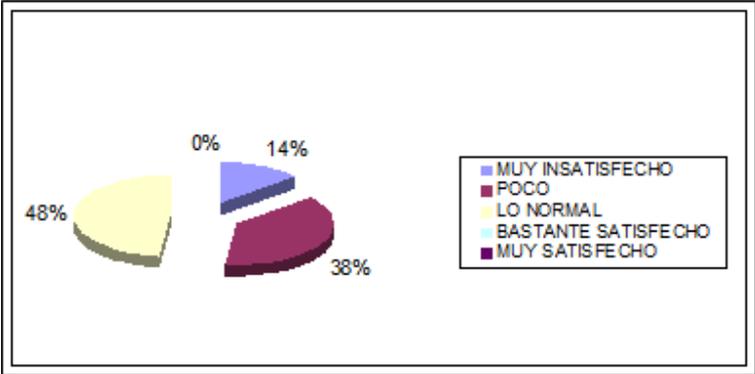


Gráfica 29. Resultados relacionados a la satisfacción de servicios sanitarios del adulto mayor.

Ítem 25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte? El porcentaje mayor obtenido de la población total de adultos mayores se presento en la escala Lo normal 48%; Un poco 38%; Muy insatisfecho 14%; Bastante satisfecho 0% y Muy satisfecho 0%. (Tabla Z y Gráfica 30).

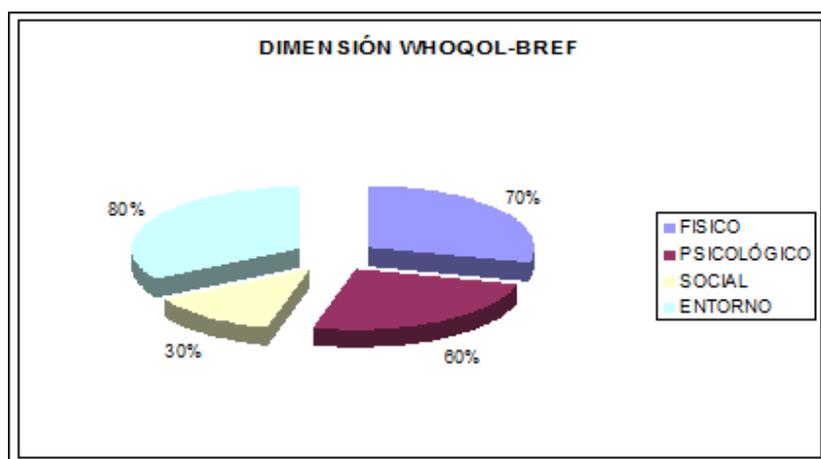
ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	3	14
Poco	8	38
Lo normal	10	48
Bastante satisfecho	0	0
Muy satisfecho	0	0
TOTAL	21	100

Tabla Z. Resultados concernientes a la satisfacción en el transporte del adulto mayor.



Gráfica 30. Resultados concernientes a la satisfacción en el transporte del adulto mayor.

Para los cuatro dominios (D1, D2, D3, D4). El total de adultos mayores estudiado no se sentía satisfecho con su Calidad de Vida; satisfacción en dominio Físico 70%; dominio Psicológico 60%; dominio Social 30% y dominio del entorno 80%. (Gráfica 31).



Gráfica 31. Resultados de los cuatro dominios

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La intención del presente estudio fue conocer cómo percibe el adulto mayor su calidad de vida a través del análisis de las representaciones sociales que tiene de la misma. Lo cual permitió entender que la principal tarea de las personas mayores, es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas.

De acuerdo con la literatura consultada, los adultos mayores representan una carga para la sociedad porque no tienen una base material-económica que los sostenga; además, son rechazados porque se desconoce el proceso de envejecimiento como una parte del desarrollo biopsicosocial del hombre, lo cual provoca que los adultos mayores se encuentren en estado de desadaptación social y sean considerados como elementos de desintegrados de la dinámica familiar. De ahí la necesidad de crear una cultura sobre el envejecimiento como elemento de sensibilización de nuestras sociedades, tanto en los ámbitos de los gobiernos como en los de las comunidades y familias.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF, podemos considerar las siguientes conclusiones:

La sociedad moderna impone con frecuencia una serie de obstáculos al proceso de ajuste durante los últimos años de vida, aun en los casos en que los factores físicos son favorables. En la sociedad predomina el espíritu de competencia, en que se adjudica gran importancia al valor de la persona en relación con el trabajo que realiza, a los logros productivos y donde la inactividad es motivo de un desplazamiento social no constituye un ambiente favorable para un envejecimiento tranquilo y, lo más importante, placentero.

1. En este estudio se pudo establecer que la presencia de alguna enfermedad referida por los adultos mayores en el dominio físico es de un 70% y a su vez es reconocido que las personas de la tercera edad sufren más enfermedades crónicas.

2. En cuanto a los factores psicológicos, la necesidad de ser escuchados por la familia y la comunidad, fue lo más frecuente que pudiera estar influido por la rapidez de la vida moderna, la falta de tiempo, problemas intergeneracionales, carencia de afecto y comprensión. Igualmente la pérdida de roles provoca pérdida de autoestima

y de autoridad, ambos factores con 60%. Los sentimientos de soledad y aislamiento social, se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales.

Otros factores psicológicos, temor a enfermarse, preocupación por pérdidas de familiares y amigos, manifestaciones de intranquilidad, desasosiego, manifestaciones de tristeza, de llanto, temor a la muerte y no poder estar con sus hijos y nietos, cuando estos los necesiten.

3. Entre los factores sociales autopercebidos por los adultos mayores, fue la necesidad de comunicación social que alcanza un 30%, sobre todo con personas de su edad, hijos y nietos. La jubilación constituye un acontecimiento vital, que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuye los contactos sociales y afecta más al hombre que a la mujer.

Los problemas en la dinámica familiar, importante factor social, ya que existe incompreensión al adulto mayor, menos disponibilidad para atenderlo por la incorporación de la mujer al trabajo, migraciones, reducción de la natalidad.

4. En los factores del entorno mostraron el 80% de insatisfacción en este dominio concerniente a la falta de medicamentos, insuficientes ingresos económicos, poco apoyo comunitario, dificultades para la recreación y adquisición de alimentos, poca privacidad en la vivienda. Por eso desean tanto asistir a grupos de abuelos y actividades acorde a sus gustos.

Finalmente, concluimos mencionando que el proceso de envejecimiento en México es un fenómeno demográfico de mayor importancia durante el siglo XXI. Este incremento en la población envejecida necesariamente debe evaluarse en razón de las consecuencias sociales, económicas y de salud.

No debe olvidarse que las características que definen la vejez radican en la vulnerabilidad en cuanto a salud, capacidad física, desempeño mental y dificultades de adaptabilidad a nuevos entornos sociales y económicos. Estas desventajas hacen que la población envejecida sea objeto de prejuicios, estereotipos y discriminación. Parte de los planes de una sociedad es evaluar características de su población envejeciente para darle justa dimensión a sus defectos y virtudes, de manera que no sólo se eviten injusticias y discriminación, sino que se armonicen las cambiantes estructuras demográficas en busca del bienestar común.

La realidad es que la gente mayor tiene necesidad de hallar nuevas metas y reorganizar la vida sin caer en la inutilidad y el ocio rutinario. Es indispensable que encuentren satisfactores vitales que les proporcionen alegría de vivir y metas que los conduzcan a una verdadera estabilidad. Además, los profesionales de la salud deben preocuparse por la búsqueda de tales alternativas, ya que es de vital importancia que los adultos mayores reorganicen su tiempo y su vida en general.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Arce, H; Contreras, P; Gutiérrez, B. (2009). La Vejez. Seminario estudiantes de Psicología de la Universidad de Concepción.

Avena, M. (2005). Cuidados que requieren los adultos mayores. Memoria: Trabajo de investigación, UAS, Escuela de Trabajo Social, Mazatlán; México.

Beauvoir, S. (1983). La vejez. México: Editorial Herme

Belsky, J. (2001). Psicología del Envejecimiento. España: Editorial Tomson; Editores Spain.

Buendía, J. (1994). "Envejecimiento y psicología de la salud". España: Editorial Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Craig, J. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Editorial Prentice Hall; Séptima Edición.

Duran, M; Franco, D. (1994). Edad Adulta Tardía. México: Editorial Paidós.

Erickson, H. (1986). La adultez. México: Editorial FCE.

Espín A.M. (2005). Familia y vejez. En: Salud para la vida: Un sitio cubano para cultivar salud. <http://saludparalavida.sld.cu>

Fadiman, J; Frager, R. (2002). Teorías de la Personalidad. México: Editorial Oxford; Segunda Edición.

Fernández, J.J. (2004). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad. Informe de investigación. Facultad de enfermería. Universidad de Valencia.

Festiger; katz, D. (1993). Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales. México: Editorial Paidós.

García, C.R; Gonzáles, B; Fernández; Ruiz, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Revista electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 8 (3).

Gilardo, I. (1987). Familia y Teorías de Desarrollo. En Cuadernos de Familia (2). Universidad de Caldas.

González A, J. (1999). Aprendamos a envejecer sanos. México: Editorial Costa-ACIC; Editores S.A. DE C.V.

González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana Salud Pública 28 (2).

Hernández, R; Fernández; Baptista, I. (2002). Metodología de la Investigación. México: Editorial Mc Graw Hill; Tercera Edición.

Inegi. (2000). Censo Nacional de Población y Vivienda. México.

Inegi. (2009). Anuario Estadístico del Estado de Hidalgo. México.

Jodelet, D. (1999). En: Moscovici S. Psicología social. España: Tomos II. Paidós.

Labiano, M. (2002). Introducción a la psicología de la salud, Universidad Nacional de San Luís, Argentina.

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

Lefrancois, R. (2001). El Ciclo de la vida. México: Editorial Thomson; Sexta Edición.

López, R. (1997). Evaluación de la calidad de vida en ancianos a partir de la escala MGH. Tesis de maestría en Gerontología. La Habana: Centro Iberoamericano de la tercera edad.

Márquez, M.T. (2007). Transición. Envejecer no es de cobardes. México: Editorial Norma; Primera Edición.

Moscovici, S. (1979). "Psicología Social II. Pensamiento y vida social, Psicología social y Problema social". México: Editorial Paidós.

Oblitas, A. (2007). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Editorial Thomson; 2da Edición.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Especial. Geriátrica de Gerontología; 37 (supl.2): 74-105.

Pardinas, F. (1998). Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. México: Editorial Siglo XXI; Tercera Edición.

Pszemiarower, P; Pszemiarower N. (1992). Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez. En Revista Geriátrica; 8 (1): 33 - 37.

Rice, P. (1996). Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. México: Editorial Prentice Hall Hispanoamérica; Segunda Edición.

Anexos

GUÍA DE OBSERVACIÓN

- Horario:
- Comportamiento de entrada y salida:
- Actividades durante la reunión:
- Vestimenta:
- Aspecto físico e higiene:
- Actitud:
- Temas de conversación:
- Relaciones sociales:
- Domicilio:
- Nivel educativo:
- Nivel socioeconómico:

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD (WHOQOL-BREF)
(Autores: OMS, Grupo WHOQOL-1998)
WHOQOL-BREF

Instrucciones:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su Calidad de Vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Sino esta segura de que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, está puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

Nº	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un circulo en el Número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Nº	Ítem	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

Nº	Item	Muy satisfecho	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

Nº	Ítem	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento medico para funcionar en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tienen sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5

N°	Ítem	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuan saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimento o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas

N°	Ítem	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Cuan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5

14	¿Hasta que punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien feliz” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas semanas.

N°	Ítem	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuan satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5

N°	Ítem	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
20	¿Cuan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuan satisfecho está de las condiciones donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuan satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimenta ciertos hechos en dos últimas semanas.

N°	Ítem	Nunca	Raramente	Mediana-mente	Frecuente-mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos?	1	2	3	4	5