



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO  
DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ÁREA ACADÉMICA DE GERONTOLOGÍA**

---

---

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL  
ADULTO MAYOR DE UNA MUESTRA POBLACIONAL EN  
EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA, HGO.”**

**TESINA**

**COMO REQUISITO DE TITULACIÓN PARA OBTENER EL  
GRADO DE LICENCIADO EN GERONTOLOGÍA**

**PRESENTA**

**ADALID TORRES GONZÁLEZ**

**DIRECTOR**

**DR. DAVID LOPEZ ROMERO**

**Pachuca de soto, Hgo.**

**2013**

## Índice

<b>Resumen</b> .....	4
<b>Abstract</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	5
<b>Planteamiento</b> del problema .....	7
<b>Justificación</b> .....	9
<b>Pregunta</b> de investigación .....	11
<b>Objetivos</b> .....	12
General .....	12
Específicos.....	12
<b>Hipótesis</b> .....	13
<b>Capítulo I ADULTO MAYOR</b> .....	14
1.1 Definición del Adulto Mayor .....	15
1.2 Envejecimiento.....	18
1.2.1 Tipos de envejecimiento .....	21
<b>Capítulo II CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA</b> .....	24
2.1 Evolución histórica de la calidad de vida.....	24
2.2 Conceptualización de la calidad de vida .....	26
2.3 Calidad de vida en la tercera edad.....	28
2.3.1 Dimensiones de la calidad de vida.....	30
2.3.2 Percepción de calidad de vida .....	32
<b>Capítulo III EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA</b> .....	34
3.1 Evaluación de la calidad de vida .....	34
3.2 Instrumento de medición de la calidad de vida WHOQOL-BREF .....	35

<b>Metodología</b> .....	38
Diseño del estudio.....	38
Operacionalización de variables .....	39
Universo de trabajo y muestra .....	43
Criterios de selección .....	44
Criterios de inclusión.....	44
Criterios de exclusión.....	44
Criterios de eliminación.....	44
Instrumento de investigación.....	45
Límite de tiempo y espacio .....	47
Implicaciones éticas.....	48
<b>Resultados</b> .....	50
<b>Discusión</b> .....	57
<b>Conclusiones</b> .....	58
<b>Bibliografía</b> .....	59
<b>ANEXOS</b> .....	63

## Resumen

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la calidad de vida en los adultos mayores de una muestra poblacional del Hospital General de Pachuca, Hidalgo; a través del instrumento WHOQOL-BREF. La muestra estuvo compuesta por 20 sujetos 14 mujeres y 6 hombres, mayores de 65 años, con educación básica. La investigación sigue un protocolo de investigación descriptiva-cualitativa.

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; WHOQOL-BREF.

## Abstract

The aim of this study was to evaluate the quality of life in older adults of a population-based sample of the General Hospital of Pachuca, Hidalgo; across instrument of this WHOQOL-BREF. The sample consisted of 20 subjects' 14 women and 6 men, aged 65 years, basic education. The investigation follows a research protocol descriptive-qualitative.

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; WHOQOL-BREF.

## Introducción

La presente investigación tiene como objetivo, evaluar la percepción de calidad de vida en la tercera edad en el contexto social actual.

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. “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).

El acercamiento a la realidad de los Adultos Mayores posibilita conocer la calidad de vida en la tercera edad, desde los aspectos subjetivos que la definen, teniendo en cuenta que, “... el bienestar del ser humano no depende exclusivamente de un ingreso, o de la satisfacción de necesidades básicas, sino también de crecientes reivindicaciones, como la justicia, libertad, ejercicio de un pluralismo político y social, la participación activa en la toma de decisiones, el desarrollo de la propia identidad cultural y el despliegue de las potencialidades creativas de individuos y sociedades” (Informe Argentino sobre Desarrollo Humano, ONU; 1995).

El lector encontrará en el desarrollo del siguiente trabajo, un análisis del contexto social, en el cual se inserta el anciano. Se estudiarán las transformaciones que sufre la Cuestión Social en la historia y en relación a la tercera edad.

Se evaluó la percepción de Calidad de Vida (CV) en la Tercera Edad en el marco del proceso de envejecimiento poblacional, constituido como un fenómeno mundial que afecta diversas regiones, especialmente, México como uno de los países más envejecidos de la región latinoamericana.

Lo anterior permitirá conocer causales y particularidades del proceso de envejecimiento en nuestro país.

Visualizará los factores causales y las particularidades que este proceso presenta en nuestro país (evolución de la población Adulta Mayor y perspectivas futuras) y el impacto del envejecimiento de nuestra población en el ámbito familiar del anciano, en la relaciones inter e intrageneracionales.

Para comprender e intervenir en la problemática actual de los Mayores, es necesaria una nueva concepción de la vejez, desde el enfoque de los Derechos Humanos y el trabajo conjunto de profesionales, familias, comunidad y Estado, constituidos como agentes de apoyo social, para promover una vejez con seguridad, bienestar y ejercicio de ciudadanía.

Por ello, se debe considerar importante conocer los factores que influyen en 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 adultos mayores 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.

## **Planteamiento del problema**

Una de las características más sobresalientes de nuestra época es el cambio, producto de los avances científicos y tecnológicos y su aplicación en la vida cotidiana, dentro de las modificaciones más significativas se encuentra la prolongación de la vida humana derivada de la aplicación de estos avances se encuentra la medicina y el mejoramiento de la calidad de vida, transformando nuestra sociedad.

Son muchos los problemas que acarrea el aumento de edad o la vejez para las personas adultas, uno de ellos es la calidad de vida y la falta de servicios o la creación de programas para revertir este problema.

Dentro de algunos años se habla de que México se transformara gradualmente en un país con más personas de edad avanzada que niños. De acuerdo con los datos del Censo de Población y vivienda 2010 (INEGI), la población mexicana de 60 años y más asciende a 10, 055,379 personas adultas mayores que corresponde al 9.06%.

En Hidalgo residen 251 mil adultos mayores, lo que representa 9.4% de la población total. De las personas de 60 y más años 15.3% viven solas. Aproximadamente tres de cada 10 adultos mayores no son derechohabientes a servicios de salud. Del total de personas de 65 y más años, 24.8% presenta carencia por acceso a la alimentación. (INEGI, 2010).

Según Lázaro M. (2007), el Sistema Nacional de Salud ante la creciente demanda de servicios por el aumento de la población envejecida, ha sido rebasado por los cambios de esta estructura y el auge de las enfermedades crónicas degenerativas, los diseñadores de las políticas públicas, no han podido establecer adecuadamente las bases de un nuevo sistema de salud frente a los retos y problemas del envejecimiento del siglo XXI. Por lo que el encanecimiento global conduce a los sistemas sociales, económicos, de asistencia social y de salud a una

grave crisis de insolvencia e incapacidad para cumplir con sus obligaciones primarias y más aun, para dar atención adecuada a las personas envejecidas.

La presencia de la vejez en la población implica un incremento en la demanda de los servicios de salud, ya que en este sector se encuentra la mayor tasa de morbilidad y una necesidad considerable de atención medica lo cual repercute en su calidad de vida. El aumento de la población de edad avanzada es un tema de gran preocupación que aqueja a las instituciones públicas y de salud, tales como hospitales, centros de salud, estancias de gobierno, albergues, casas de descanso, entre otros, esta variación requiere de la búsqueda de diversas formas de apoyo familiar.

Existe la falsa creencia de que la vejez es considerada como una etapa caracterizada por la declinación de las capacidades físicas y mentales, generando sobre los viejos, ideas tales como: discapacidad, estorbo, inutilidad social, personas con un conocimiento obsoleto, esto tiene como consecuencia que las personas de la tercera edad adopten también estas ideas y terminen por percibirse así mismos en estos términos, lo cual afecta su calidad de vida en el ámbito subjetivo (Beauvoir, 1983).

La idea de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser desterrado, y así permitir que los viejos puedan gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

De lo anterior surge el interés de conocer en parámetros la percepción de calidad de vida del adulto mayor, tratando de abarcar las diferentes áreas que se consideran importantes para el ser humano como son psicológica, biológica, social y familiar.



## 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.

Además hay que tener en cuenta que el peso de la población anciana está aumentando a un ritmo acelerado, en parte por el descenso de la natalidad unido esto a un aumento en la expectativa de vida, que responde a los adelantos en el cuidado y mantenimiento de la salud.

Entre 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores en México pasará de 7 a 28 por ciento. El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas (Estimaciones del CONAPO 2004).

En las sociedades el crecimiento de la población de personas adultas, presenta una situación de preocupación para los diferentes profesionales en especial de la salud, ya que los adultos mayores sufren deterioro cognitivo, físico, 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.

Otro factor que ha hecho de la vejez un tema de importancia, es la creciente concienciación de este grupo de edad como un grupo definido e identificable. La población anciana se caracteriza como un grupo necesitado socialmente y al cual se debe responder para satisfacer sus necesidades básicas.

Es a partir de este tipo de planteamientos que los estudios sobre la calidad de vida surgen como una propuesta que permita conocer las necesidades del adulto mayor y así brindar una mejor atención, en este caso específicamente del adulto

mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garantice una calidad de vida digna.

Por ende, un aspecto importante de evaluar la CV de esta población es diseñar estrategias de intervención que contribuyan a mejorarla. Ante el incremento en población de adultos mayores se planea hacer esta evaluación en una muestra poblacional de Adultos Mayores en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo utilizando como principal herramienta el instrumento WHOQOL-BREF.

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.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la percepción de calidad de vida de una muestra poblacional de Adultos Mayores en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo?

## **Objetivos**

### **General**

Evaluar la percepción de la calidad de vida de una muestra poblacional de Adultos Mayores en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo; mediante una investigación descriptiva-cualitativa.

### **Específicos**

- Explorar la percepción del adulto mayor acerca de la calidad de vida.
- Acercarse a las condiciones de la percepción en cuanto a ámbitos objetivos y subjetivos de la calidad de vida.

## **Hipótesis**

Hablar sobre calidad de vida remite al concepto de bienestar, ya que la definición de indicadores de calidad de vida se sostiene en una teoría del bienestar. Esta teoría permite la relación entre la calidad de vida y la estructura social, los factores ecológicos, las necesidades de las personas, sus deseos y sus capacidades.

- La calidad de vida contiene dimensiones de tipo objetivo y subjetivo lo que implica una serie de percepciones a nivel individual. Por lo tanto, la identificación de estas dimensiones permitirá establecer criterios para proponer mejoras en la calidad de vida de los adultos mayores.

## Capítulo I

### ADULTO MAYOR

En la actualidad, México está viviendo una transición en su pirámide poblacional, debido a la disminución de la mortalidad infantil, al aumento en la esperanza de vida y al decremento en la tasa de fecundidad, lo cual se traduce en una creciente población de adultos mayores y, por ende, en una necesidad de mayor atención a este grupo etario.

El término transición demográfica involucra un cambio en la composición de la pirámide social y específicamente se refiere al aumento de la población de la tercera edad y la disminución de la población de otras edades en particular los menores de 14 años, dentro de este grupo predominantemente los menores de cinco años, y que terminara en el envejecimiento demográfico, hasta alcanzar un crecimiento “cero” de la población. Lo que ha provocado un impacto negativo en especial en el campo de la salud y seguridad social, sin dejar de involucrar los otros aspectos de la sociedad como el familiar, laboral, recreación, etcétera.

Asociado al aumento de la cantidad de pobladores de la “tercera edad” se ha presentado un aumento en la expectativa de vida al nacer, de casi 20 años en el último medio siglo, pasando de 49 a 69 en hombres y de 52 a 75 en mujeres, grupo en el que siempre se presenta una expectativa seis años superior, aumentándose, además, la edad media de 18.7 a mediados del siglo anterior a 28.7 y proyectándose a 38.7. Lo anterior como consecuencia básica de tres aspectos:

- Una reducción en la tasa de natalidad.
- Una reducción de la mortalidad infantil de manera significativa hasta el punto en que el 92% de las defunciones serán individuos mayores de cinco años.
- Se ha ampliado la atención de la salud en todos los niveles y con mayor cobertura. La transición de la tendencia poblacional en México es un claro ejemplo de los cambios tan acelerados que se están viviendo, la cual ha traído consigo una creciente necesidad de atención a la población de adultos mayores, pues en nuestro país una gran porción de

la población en años venideros pertenecerá a la denominada tercera edad, con la consecuencia de nuevos retos y problemas a enfrentar.

Se puede entender la vejez, etapa final del proceso de envejecimiento, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente en todo individuo que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante que se inicia desde el nacimiento mismo (Rodríguez, 2006).

El termino envejecimiento hace referencia a un proceso normal en la naturaleza que consiste en un deterioro progresivo del individuo, donde el organismo se encuentra en un continuo proceso de construcción, destrucción, reparación y transformación de estructuras y funciones, que comienza desde la gestación y termina en la muerte (Beauvoir, 1983).

### **1.1 Definición del Adulto Mayor**

Con la finalidad de establecer el concepto que se utilizara para fines de este estudio, es conveniente mencionar algunas acepciones que se emplean para hacer referencia a las personas mayores de 60 años.

Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta.

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 llamara 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 aumentara 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.

El interés por la vejez y los procesos de envejecimiento, siempre ha sido constante durante la historia de la humanidad. Los seres humanos de todos los tiempos, se interesaban por la prolongación de la vida y la posibilidad de la eterna juventud, luchaban contra la muerte, más por una motivación científica, por el estudio de la vejez y el envejecimiento. Hoy se sabe que en algunos períodos históricos existía un gran interés por el estudio de la vejez y el envejecimiento.

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 existen es importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad, de los mismos ancianos, familiares y nietos (Lefrancois, 2001).

Ballesteros (2004) relata que como ocurre en otras disciplinas, es en la filosofía donde se encuentran claros antecedentes de la gerontología. De esa forma dicha autora afirma que Platón (427-347 a.C.), presenta una visión individualista e intimista de la vejez y enfoca la idea de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud. Como antecedentes de una visión positiva de la vejez, Platón planteaba la importancia de la prevención y profilaxis. Al contrario de la visión de Platón, Aristóteles (384-322 a.C.) presenta lo que podríamos considerar unas etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera, más prolongada, la edad adulta, y la cuarta, la senectud, la que llega al deterioro y la ruina. Son visiones antagonistas y



contradictorias de la vejez las que plantean Platón y Aristóteles y continúan a lo largo de la historia del pensamiento humano.

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.

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.

Así como en cualquier otra edad, la vejez debe ser vista como una etapa de la vida que disfruta de su propia funcionalidad, los obstáculos que se presentan con respecto a dicha funcionalidad son resultado de las aberraciones y mitos que la sociedad posee sobre la vejez más que la presencia de deficiencias reales.

La vejez es un tema de preocupación que ha persistido a través de la historia de la humanidad, mismo que ha dado vida a mitos que se presentan en diversas culturas, desde la antigüedad hasta los tiempos de hoy, si bien reflejan una constante preocupación por la prolongación de la vida.

Al remontarnos a la historia encontramos que en la época de los Asirios y de los Egipcios, cuyos imperios de gran magnitud son considerados como una de las culturas más antiguas que han influido de manera determinante en la historia de la humanidad.

Desde los tiempos de la Biblia, Israel, en cuyo estado predomina la población judía, su cultura es una de las primeras que estaba encaminada a la veneración de la comunidad anciana, misma que proyectaba cierta estimación y respeto a la vejez, así como la dedicación en el cuidado y consideraciones para los viejos.

En la cultura de los griegos, la cual es considerada como el crisol de las culturas de la antigüedad principalmente en Esparta y Atenas, puente entre oriente y occidente, la vejez también era enaltecida, uno de los legados culturales es la gerontocracia.

En el renacimiento, establecido como un “movimiento literario, artístico y científico producido en Europa en los siglos XV y XVI caracterizado por el estudio de la antigüedad clásica grecolatina en los países de Europa”, se empieza a deteriorar el fervor y el respeto hacia los viejos, los cuales habían sido difundidos por las doctrinas israelíes y el cristianismo, sustituyendo estas ideas con una imagen de personas despreciables debido a que eran observados como viejos lujurioso y avaros, ya que eran muy pocos y su poder seguía siendo importante, por lo que el anciano era considerado como símbolo de riqueza; al mismo tiempo y de manera reciproca se hacen presentes los ancianos indigentes, formando un grupo de personas que requieren de mayor apoyo social(Joaquín y Gutiérrez 1994).

“Para la atención de este sector surge una institución en México la cual nace a través del decreto presidencial en 1979 como Instituto Nacional de la Senectud, se deroga con el decreto presidencial del 25 de junio del 2002 y la publicación de la primera Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores y el nombre de la institución se modifica por el de Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores (INAPAM)” (Hartmann 2003).

## **1.2 Envejecimiento**

El envejecimiento esta entendido como la transformación física, psicológica y biológica que se presenta como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, considerado como un fenómeno de desgaste orgánico. Trayendo como secuela la disminución de las capacidades del organismo para adaptarse a su medio ambiente interno y externo, teniendo como destino final la muerte.

No hay registro de actividades o pensamientos de los ancianos en la pré-historia.

Sin embargo, se puede imaginar con cierta seguridad cuál fue su condición al comprobar que todas las culturas ágrafas tienen una consideración parecida hacia su senectud. La longevidad es motivo de orgullo para el pueblo, por cuanto eran los depositarios del saber, la memoria que los contactaba con los antepasados. Muchos de ellos se constituían en verdaderos intermediarios entre el presente y el más allá. No es de extrañar que los brujos y chamanes fuesen hombres mayores. Ejercían

también labores de curación, de jueces y de educadores. En esas sociedades no es infrecuente que aquellos que ejercían labores importantes les denominasen "ancianos", ajenos a su edad. Aunque tampoco es raro que tuvieran un mismo vocablo para joven y bello, para viejo y feo.

En las sociedades más primitivas, la valoración personal parecía quedarse ligada directamente a la capacidad física, hombres que tenían más vigor incluso en la senectud parece que tenían más consideración en la sociedad. Garcéz (2005) afirma que también los valores religiosos y filosóficos ciertamente desempeñan un importante papel en la valoración del individuo mayor en las diferentes sociedades.

La creencia en la vida después de la muerte y la posibilidad de la intervención de los espíritus de manera directa e indirecta en la vida diaria de las personas, ciertamente interferirán en la actitud de las sociedades primitivas para con los mayores. El mismo autor hace un estudio histórico del envejecimiento, planteando su origen, en distintas civilizaciones y períodos:

**Egipto:** Un desarrollo de la vida familiar y una vida estructurada socialmente intrincada, resaltando las creencias religiosas y sus influencias en la vida cotidiana, observada en el antiguo Egipto en torno al 3000 a.C. Diversos documentos resaltan la obligación de los hijos de cuidar de sus padres mayores y de mantener sus tumbas después de la muerte.

**Grécia:** El envejecimiento era considerado por los griegos como algo terrible, porque representaba un declive de la juventud y vigor, valorada por la cultura helénica. Los griegos tenían respeto por los antiguos vencedores y sus pasados victoriosos, así como por sus viejos estadistas y filósofos.

El envejecimiento es un proceso fisiológico que inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, este proceso está dado por el conjunto de cambios que se asocian al paso del tiempo y que dan como

resultado una capacidad cada vez menor de adaptación a los retos de la vida. El envejecimiento no es una enfermedad, pero si genera vulnerabilidad.

**Renacimiento:** En esta época se observa, según algunos autores, un progresivo aumento en la expectativa de vida. Simultáneamente surge mayor interés con relación al problema del envejecimiento. A mitad del siglo XV, el anatomista y profesor clínico Gabriele Zerbi (1468-1505) escribe su libro Gerontocomia, un manual de higiene para mayores, representando el primer libro impreso destinado a Geriatria.

**Era Moderna:** Durante el siglo XVII y XVIII la evolución de la Química, Anatomía, Fisiología y Patología, se tornaron más realistas con relación a los problemas del envejecimiento. Johann Bernard von Fischer (1685 – 1772) escribe el primer libro sobre mayores, que rompe las tradiciones medievales, caminando hacia la modernidad. En su trabajo De Senio Eiusque Gradibus et Morbis (La vejez, sus etapas y sus enfermedades) publicado en Alemania en 1754, el autor combate fuertemente el pesimismo existente en el medio medico sobre la atención a los mayores.

El envejecimiento puede definirse como “el resultado de una continua relación entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales”, ya que el ser humano experimenta diversos cambios en el transcurso del tiempo (Doval, Mathy; Hartnett, Louise y Stokes, 1984).

Otra concepción más completa define al envejecimiento como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte.

Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años. En el organismo el envejecimiento es conocido como un deterioro progresivo de los procesos fisiológicos, necesarios para mantener constante el medio interno. La muerte es el final de este proceso que no permite mantener este equilibrio que se llama homeostasis” (Arranz, 2007).

Como se menciono anteriormente el envejecimiento enfocado hacia el punto de vista de la persona es un proceso biológico, psicológico y social que pretende alcanzar una edad avanzada.

### **1.2.1 Tipos de envejecimiento**

El proceso de envejecimiento va gradualmente modificando nuestro organismo, el ser humano va percibiendo los cambios biológicos propios, como también en lo psíquico que sufre transformaciones de creencias, valores y conductas, influenciando directamente el aspecto social donde hay una modificación en los hábitos de conductas.

#### **Envejecimiento biológico:**

“El envejecimiento es una modificación de la actividad de todas las funciones del organismo que las convierte en menos aptas a una reacción inmediata y eficaz ante los estímulos” (González, 2000).

Con relación al aspecto biológico, Pacheco (2002) afirma que el envejecimiento comienza por lo menos tan precozmente cuanto la pubertad, siendo un proceso continuo durante la vida; socialmente, las características de los miembros de la sociedad, que son percibidos como personas ancianas, cambian de acuerdo con el aspecto cultural, con el transcurrir de las generaciones, y principalmente, con las condiciones de vida y de trabajo a las que son sometidos, por lo que las desigualdades de esas condiciones llevan a la desigualdad en el proceso de envejecer.

El envejecimiento tiene doble sentido, puede ser visto como senectud o tiempo biológico y como progreso en los años, que expresa el tiempo cronológico. Gran parte de las teorías sobre envejecimiento asumen una transformación biológica, pero con interacciones de raíces sociales y psicológicas. El análisis fisiológico de la senectud ha seguido un doble camino, a través de la esfera personal o el círculo de la especie.

### **Envejecimiento cronológico:**

“La edad cronológica está ligada con la madurez biológica, la cual está determinada en función del tiempo transcurrido a partir del nacimiento, es decir que hace referencia a la edad en cuanto los años que se tienen, sin embargo los efectos que se hacen presentes en el proceso de envejecimiento no se manifiestan de manera igual en todas las personas con la misma edad, ya que cada órgano dentro del sistema envejece a diferente ritmo en los distintos sistemas e individuos”, por lo que no necesariamente el envejecer será un fenómeno que se refleje de la misma manera en cada persona, es por ello que en algunas ocasiones las personas no representan físicamente la edad cronológica que tienen, en algunos casos pueden verse más jóvenes y en otros, de mayor edad (Arranz, 2007).

La edad cronológica tiene mayor importancia en ámbitos sociales y legales, ya que a una edad determinada, por los años que se tienen se establecen criterios administrativos que proclaman el término de algo, un ejemplo de ello es la jubilación.

### **Envejecimiento físico:**

“El cuerpo humano a través de su desarrollo evolutivo sufre transformaciones en todo el organismo, sin embargo estos cambios se presentan de manera variada en cada sujeto, así como en cada órgano, afectando tanto el aspecto biológico y físico, por lo que repercute en sus capacidades funcionales del ser humano” (Mercader, 1992).

Durante la etapa de la vejez y conforme se desarrolla el proceso de envejecimiento se hacen presentes los cambios físicos únicamente respecto al transcurso del tiempo en el organismo.

### **Envejecimiento patológico**

En el proceso de envejecimiento fisiológico se puede presentar la influencia del envejecimiento patológico, mismo que puede provocar una aceleración en el envejecimiento, esto como consecuencia de la aparición de patologías secundarias, enfermedades o alteraciones ambientales sin embargo el envejecimiento patológico

se puede prevenir mediante la detección y la intervención oportuna, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas ancianas (Mercader, 1992).

### **Envejecimiento psicológico**

Envejecer no es solo una condición social, sino también un proceso individual. La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en el que vive. “Cada individuo es artífice de su destino final, puesto que elabora una forma peculiar de pensar, sentir y actuar dentro del marco definido por su sociedad”.

Pérez (2004) señala que la psicología del envejecimiento es una ciencia que investiga, indaga e interviene en el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores. Tratando de analizar y suplir las necesidades de las personas ante el envejecimiento para una mejor adaptación a esta etapa de la vida.

En la etapa del envejecimiento la psicología enfoca dos aspectos que analizan al individuo:

**Dimensión cognitiva:** se encuentra relacionada con el raciocinio, así como con la atribución de significados o la forma de representarse subjetivamente la realidad del envejecimiento, es decir que se refiere a la interpretación que el sujeto le da a los acontecimientos, que se presentan en su vida.

**Dimensión afectivo-evolutiva:** “Esta dimensión se refiere a las actitudes y formas en que las personas enfrentan las circunstancias de su envejecimiento. Dado que envejecer implica cambios, tanto del medio social como del propio organismo, interesa plantearse como el individuo se ajusta a ellos y da respuesta” (Fernández, 2000).

## Capítulo II

### CONTEXTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

#### 2.1 Evolución histórica de la calidad de vida

La expresión calidad de vida nace de conceptos de desarrollo, crecimiento económico, por la industrialización exagerada, y con la necesidad de mensurar los métodos de control de calidad utilizados en los procesos industriales. Al final de la Segunda Guerra Mundial, la preocupación por el desarrollo se manifiesta también en la voluntad de evaluar la calidad de vida de pueblos que, permanecen aún en situaciones de bajos niveles de vida, mediante la industrialización y la modernización.

Según Pinazo (1995) la calidad de vida pasó a indicar, que buena vida representaba mucho más que la influencia de bienes materiales. El concepto se amplió observando los significados de desarrollo social, como (educación, salud, hogar, transporte, trabajo y ocio). Los indicadores también tuvieron una ampliación: la esperanza de vida, mortalidad infantil, nivel de polución, calidad en los transportes y muchos otros, estableciendo muchos países, políticas de bienestar social.

Para Moser (1973) los estudios de calidad de vida forman parte de la investigación centrada en el bienestar social, estando desde sus comienzos asociados al movimiento de los indicadores sociales. Esas investigaciones tienen como reflejo el interés por la calidad de vida como origen de la preocupación por desarrollar indicadores sociales.

Palomino y López (1999) informa que la ONU (Organización de las Naciones Unidas), en los años cincuenta creó un grupo de expertos encargados de elaborar una propuesta mundial para determinar el nivel de vida, las condiciones materiales de vida de una persona, clase social o comunidad, para sustentarse y disfrutar de la existencia.



Después de algunas dificultades, el grupo creado por agencias especializadas como la OMS, la OIT y la UNESCO, propone nueve componentes del nivel de vida: salud, alimentación y nutrición, educación, vivienda, empleo y condiciones de trabajo, vestidos, recreo y esparcimiento, seguridad social y libertades humanas. Cada componente corresponde a un indicador para su determinación.

Sin embargo el índice de vida creado por dicha comisión con el objetivo de medir el bienestar social, prácticamente sólo medía la dimensión material de la calidad de vida, así como las tendencias centradas en la satisfacción de las necesidades humanas consideradas.

Setién (1993) informa que muchos organismos e instituciones de carácter internacional participan activamente en el movimiento investigador sobre indicadores sociales para la medida de la calidad de vida.

Con el pasar de los años se han incluido un número creciente y más complejo de variables e indicadores, para determinar la satisfacción de necesidades de la población en general y en diferentes grupos, como mujeres, niños, etnias, así como también en diversos espacios, urbano y rural, con una propuesta de desarrollo humano sostenible, que contribuya no sólo al crecimiento económico, sino también distribuyendo equitativamente sus beneficios, mejorando el medio ambiente en lugar de destruirlo, fomentando la autonomía de las personas en lugar de marginarlas.

El término calidad de vida, no aparece con ese objetivo hasta la década de los sesenta y se ha expandido durante los años ochenta. Con la difusión del concepto de calidad de vida en Occidente en los años setenta y con la preocupación por las patologías sociales de los países desarrollados, aún con niveles de bienestar elevado.

En los años 60, surge la necesidad de evaluar la calidad de vida percibida por las personas (calidad de vida subjetiva). La evaluación subjetiva, define con más

precisión la experiencia de vida de los individuos, tomando en consideración el significado que ellas atribuyen a las experiencias vitales. Los indicadores de esta perspectiva fueron: satisfacción, bienestar y felicidad.

Pichardo (2005) informa que la literatura más difundida sobre calidad de vida se asocia tanto con fenómenos globales como con el crecimiento económico (Clarke, 1977), el nivel de vida (Levi y Anderson, 1980 y Sen, 1987), el bienestar Dasgupta, 1988), la expansión demográfica (Lassonde, 1997), así como con los aspectos sectoriales del desarrollo, productividad y los procesos y condiciones de trabajo (Drucker, 1983 y García, 1983), la vida en las ciudades (Velásquez, 1988), la participación social y comunitaria, la práctica de vida saludable, la espiritualidad y la búsqueda de satisfacción de la felicidad o necesidades individuales (Morgan y Murgatroyd, 1994; Stanley, 1994; Holcombe, 1995; Diener, 1984) y se alude ampliamente a las dificultades para su medición (Brock, 1995 y Milbrath, 1978), sin propuestas concretas de cómo resolver tales dificultades.

## **2.2 Conceptualización de la calidad de vida**

La expresión “calidad de vida” fue preconizada inicialmente por el presidente de los Estados Unidos, Lyndon Johnson en 1964, al afirmar que “los objetivos no pueden ser medidos a través del balance de los bancos. Ellos sólo pueden ser medidos a través de la calidad de vida que proporcionan a las personas”.

Setién (1993) afirma que el término Calidad de Vida tomado como expresión global, es antónimo de cantidad de vida, aunque el origen del término tuvo algo que ver con el rechazo al crecimiento cuantitativo, expresado en cantidades numéricas respecto a la actividad productiva y de consumo. Tampoco la expresión calidad de vida es utilizada en plural, ni Calidades de vida ni Calidad de las vidas poseen ningún sentido. Por el contrario, se puede distinguir entre buena o mala calidad de vida, mejor o peor, de un grupo o país y otro.

Aunque las definiciones han ido cambiando a lo largo de estos años, tres aspectos fundamentales se han mantenido en la mayoría de las mismas: la referencia a la relación del individuo con su vida, el enfoque multidimensional que incluye todos aquellos factores que dan carácter integral al ser humano y una atención especial a la valoración subjetiva que la persona hace de su propia vida (Fernández et al. 2002).

La calidad de vida se ha convertido en los últimos años, en uno de los conceptos más utilizados tanto por los planificadores sociales como por los distintos profesionales de las ciencias ambientales, sociales y de la salud.

Primero, se le da al término un carácter biologicista y luego mediante otros estudios se comprueba el entrecruzamiento 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 Organización Mundial de la Salud concibe la calidad de vida como un sistema de valores en el cual se vive con relación a unos objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones (Dulcey-Ruiz Quintero, 1999).

La calidad de vida es definida como la percepción por el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones (WHOQOL GROUP, 1994).

Existe consenso al identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales: a) se define la calidad de vida según las condiciones de vida de una persona; b) como satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales; c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que está experimenta y d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez-Vela y Sabeh, 2001).

### **2.3 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 a la 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 (Erickson, 1986).

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 tutores 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 aprecian la longitud de su existencia solamente si viven un estado subjetivo de bienestar (OMS, 2012).

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 (Levi y Anderson, 1980).

En un mundo cada vez más cambiante, los que se inclinan hacer frente al futuro, aunque inciertos, pueden contribuir 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).

Seguro encontraremos nuevos potenciales, inclusive en el grupo de los adultos mayores más frágiles y discapacitados.

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.

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.

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, 2000).

Actualmente en las instituciones mexicanas no se contrata laboralmente a personas mayores de cuarenta años y mucho menos 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 (Lamoglia, 2007).

Por otro lado la 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 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.

### **2.3.1 Dimensiones de la calidad de vida**

En sus conocidas “Estrellas”, Rocío Fernández Ballesteros (1993) presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio-ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores.

#### **Dimensión Física**

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados.

Los cambios más significativos a nivel sensorial en los ancianos, son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor. Sobre todo se da la pérdida de agudeza, lo que produce como efecto psicológico más importante el aislamiento y la inseguridad en sí mismo lo que dificulta su interrelación con otras personas. Las inseguridades y el miedo a salir de su propia casa aumentan por el deterioro de los sentidos vestibulares, que causan la descoordinación psicomotriz

con tiempos de reacción más lentos, la sensación de no poder dominar su cuerpo en un ambiente extraño.

Se ha demostrado el deterioro de la calidad de vida en adultos mayores que padecen patologías de sueño (Bepthage, 2005; Quan y cols., 2005). Incluso algunos trastornos del sueño, caracterizados por somnolencia excesiva diurna, pueden exacerbar estos síntomas, traducándose en baja calidad de vida relacionada con la salud

### Dimensión Social

Muchas investigaciones han encontrado que envejecer inevitablemente provoca la pérdida de capacidades para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia social.

El anciano suele mostrarse menos agresivo y competitivo, necesita menos de la presencia de otras personas “afines”, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita. En general, el anciano es más precavido, más rígido y siente el medio ambiente como más amenazante y hostil que las personas de menos edad.

El declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a la jubilación es, en sí mismo, para la persona que se jubila, una experiencia que desvaloriza. La corriente vital, de la persona que se jubila puede ser afectada por la retirada de la vida profesional activa, del grupo de pertenencia dinámica.

En cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida en esta edad, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos.

### Dimensión Psicológica

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución

de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo.

Según Anderson (1975) el bienestar se traduce como el estar bien, adaptado, funcional, satisfecho y cómodo. Está en función de la autoaceptación, tener un propósito en la vida, mantener relaciones positivas con otros, etc. Abreu (1991) indica que la calidad de vida tiene un componente relacionado con el sentimiento y la percepción que tiene el individuo de su vida. El bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida.

Campbell (1976) afirma que se puede estar satisfecho con los ogros pero ser infeliz afectivamente, o uno puede ser feliz pero insatisfecho. Diversos estudios afirman que los adultos mayores tienden a estar más satisfechos pero menos felices, mientras que los adultos jóvenes tienden a estar menos satisfechos pero más felices.

### **2.3.2 Percepción de calidad de vida**

Partimos de reconocer que la CV se construye en gran medida en función de las percepciones que tienen las personas sobre su situación personal, sus relaciones y sus recursos en general en función de un contexto social y cultural. En 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Peña, et al.,2009:53-61) propuso una definición de consenso de CV, la que se definió como la “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Esto es, que primariamente la CV se constituye por las percepciones que los individuos tienen sobre sus condiciones de vida.

La CV ha sido definida como la satisfacción experimentada por la persona en relación con sus condiciones vitales y que incluye la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la CV es definida como la calidad o mejora de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta. Fernández-Ballesteros señala que la CV es un concepto multidimensional y que por



ello existen diferentes aspectos que determinan la CV de una persona, entre los cuales se encuentran las condiciones socioambientales y personales (Fernández-Ballesteros, 1992 citado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007:9).

La percepción es definida como un proceso mediante el cual se interiorizan y organizan las sensaciones que se han ido adquiriendo y que a su vez permiten a los individuos reconocer su relación con los objetos y condiciones del mundo exterior. La percepción es considerada un proceso psicológico que a partir de la recolección de la información de los órganos sensoriales, la organiza, considerando las creencias, valores, miedos, suposiciones. Es la apreciación que tiene cada persona acerca de su propia vida.

En investigaciones realizadas sobre la calidad de vida, tradicionalmente se ha evaluado con diversos instrumentos, variados y multidimensionales, que si bien valoran la calidad de vida, estos en su mayoría han sido de tipo cuantitativo y no permiten identificar desde lo cualitativo la percepción que tiene el propio paciente sobre su vida.

## Capítulo III

### EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

#### 3.1 Evaluación de la calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida se ha realizado atendiendo a los diferentes indicadores contemplados en las concepciones que de ella se han dado. Por lo que su medición ha estado básicamente centrada en indicadores tradicionales de salud (morbilidad y mortalidad), en el deterioro de las actividades de la vida diaria, la conducta de enfermar, discapacidad o estatus funcional, así como en la salud percibida. Con estos indicadores se han elaborado instrumentos que posibilitan la medición del impacto de la enfermedad, mas no evalúan la CV, sino la pérdida de la salud, sin incluir un elemento más humano en la atención a la salud, donde el bienestar del paciente sea el objetivo principal.

Aunado a estas consideraciones, se destaca que la mayor parte de las escalas que miden el estado de salud han sido desarrolladas en Norteamérica y el Reino Unido, por lo que extrapolar los resultados de su aplicación a otras culturas no resulta pertinente.

Bajo estas argumentaciones, la OMS plantea la necesidad de contar con una herramienta que preste mayor atención al bienestar de los pacientes, que abarque diferentes culturas, así como desarrollar la promoción continua de un abordaje holístico de la salud y de su atención tal como se señala en la definición de la OMS “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente de ausencia de la enfermedad”.

Al amparo de este contexto se forma el Grupo WHOQOL (1998a; 1998b) con el objetivo de desarrollar un instrumento que contemplara los aspectos antes mencionados; el primer paso, y debido a la falta de acuerdo en una única definición de CV, la OMS (1980) la define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. Concepto que

incorpora la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con el medio ambiente” (Harper & Power, 1998, pp.551).

Para tal efecto se desarrolló el instrumento WHOQOL-100, el cual fue realizado utilizando un enfoque transcultural único. El objetivo fue desarrollar un instrumento de calidad de vida de manera colaborativa en distintos grupos culturales; de esta manera, varios centros culturalmente diferentes se comprometieron en la operacionalización de los dominios de dicho instrumento, en la redacción de las preguntas, en la selección de las mismas, en la construcción de la escala de respuestas y en la aplicación piloto.

Si bien es cierto que el WHOQOL -100 permite una detallada evaluación de las facetas individuales relacionadas con la CV, también puede ser demasiado largo para algunos usos, por ejemplo, en grandes estudios epidemiológicos donde la CV es solo una entre muchas variables de interés. En estas instancias, la evaluación de CV será incorporada dentro de los estudios, de preferencia si los instrumentos que la miden son breves, convenientes y seguros (Berwick et al., 1991). Debido a esto, se desarrolló una versión breve del instrumento para evaluar la CV, de modo que permitiera resumir el perfil de las áreas y se empleara para aquellos casos en los que se requiera contar con una evaluación más rápida y sencilla, sin que perdiera sus propiedades psicométricas.

### **3.2 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 intentó considerar las diferencias culturales más allá de los indicadores clásicos de la 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 Likert. 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 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 qué 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 se refiere a la satisfacción con la salud. Los dominios se miden en una dirección positiva (entre mas 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 utilizo 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 Publica 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 programas de tratamiento oncológico. Universidad de Antioquia; Facultad Nacional de Salud Publica; Autora: Carolina Salas Zapata, 11 de Noviembre del 2009; Medellín.

## **Metodología**

### **Diseño del estudio**

La presente investigación se ubica como 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.

El diseño de investigación es no experimental puesto que se realiza sin manipular deliberadamente las variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o, generalmente, más variables y proporcionar su descripción. Es de tipo transversal pues los datos se recogen en un solo momento.

## Operacionalización de variables

Variable	Definición	Operacionalización
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	
Sexo	Diferenciación	1-Femenino 2-Masculino
Estado civil	situación de las personas físicas determinada por sus relaciones	0-Soltero 1-casado 2-viudo 3-divorciado 4-unión libre.
Calidad de vida (dependiente)	Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y precauciones (WhoqolGroup 1994)	1-Muy mala 2-mala 3-Regular 4-Buena 5-Muy buena
Salud	Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades.	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Dolor	Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Disfrute de la vida	Es la capacidad de un individuo de gozar de sus actividades diarias	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Sentido de la vida	Es la razón o el fundamento que un individuo tiene para seguir viviendo	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Capacidad de concentración	Capacidad de un individuo de atender o reflexionar profundamente un asunto	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente

Seguridad	Capacidad de sentirse libre y exento de todo peligro, daño o riesgo	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Ambiente físico	Espacio físico en que se desenvuelve un individuo	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Energía	Capacidad para realizar un trabajo	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Apariencia física	Percepción que tiene el individuo de su aspecto físico	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Dinero	Medio de pago que permite acceder a bienes materiales	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Información	Comunicación o adquisición de conocimientos de un determinado tema	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Actividades de ocio	Oportunidad para realizar actividades que no corresponden a la vida laboral como: leer, tejer, bordar, otros	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Desplazarse	Capacidad de trasladarse o moverse solo a otro lugar	1-Nada 2-Un poco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente
Horas de sueño	Cantidad de horas que un individuo duerme diariamente	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Habilidad	Recursos y aptitudes que	1-Muy insatisfecho



	tiene un individuo para desempeñar una determinada actividad	2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Sí mismo	El sujeto humano, en cuanto a persona	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Relaciones personales	Conexión o comunicación de alguien con otra persona	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Satisfacción sexual	Cumplimiento de deseo sexual	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Apoyo de amigos	Protección otorgada por persona con la que se tiene una afecto desinteresado	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Condiciones de vivienda	Estado en que se halla la vivienda	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Servicios sanitarios	Relativo a las instalaciones higiénicas de una casa, de un edificio, etc.	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Transporte	Llevar a alguien o algo de un lugar a otro	1-Muy insatisfecho 2-Poco 3-Regular 4-Satisfecho 5-Muy satisfecho
Tristeza	Cualidad de afligido, Apesadumbrado	1-Nunca 2-A veces 3-Moderadamente 4-Muy seguido 5-Siempre
Desesperanza	Falta de esperanza	1-Nunca 2-A veces

		3-Moderadamente 4-Muy seguido 5-Siempre
Ansiedad	Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo	1-Nunca 2-A veces 3-Moderadamente 4-Muy seguido 5-Siempre

## **Universo de trabajo y muestra**

La muestra fue probabilística, aproximadamente de 20 personas mayores de 65 años de edad, mujeres y hombres de una muestra poblacional del Hospital General de Pachuca, Hidalgo. Pueden pertenecer a cualquier nivel socioeconómico. Y no se requiere ningún nivel de educación específico.

De un estudio realizado por alumnos de la Licenciatura en Gerontología en el Hospital General de Pachuca de soto, Hidalgo bajo la supervisión de el Doctor David López Romero.

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

- Hombres y mujeres mayores de 65 años de una muestra poblacional de Adultos Mayores en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.
- Personas que aceptan un consentimiento informado de participación.
- Personas que sean parte de una muestra poblacional de Adultos Mayores en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo

### **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores con trastornos cognitivos severos
- Adultos mayores sordos-mudos
- Adultos mayores que no otorguen su consentimiento para el estudio

### **Criterios de eliminación**

- Aquellos adultos mayores que habiendo sido incluidos previamente en el estudio, y que por algún motivo no cumplieron con los criterios de inclusión o abandonaron el estudio.
- Personas que no cooperen en la aplicación del instrumento
- Adultos Mayores que no cumplan con el rango de edad
- Personas que retiren su conocimiento informado durante la realización del estudio

### **Instrumento de investigación**

La recolección de datos se llevo a cabo, con previo consentimiento informado (anexo nº 1), mediante el uso de el instrumento WHOQOL-BREF, el cual es autoaplicable a las personas que sepan leer y escribir y que no tengan problemas a la visión, de otro modo, las investigadoras estarán a cargo de aplicar los instrumentos a los sujetos de estudio.

### **WHOQOL-BREF** (World Health Organization Quality of Life Questionnaire). (Anexo nº 2)

Se utilizo el instrumento WHOQOL-BREF con la finalidad de conocer y describir la percepción de calidad de vida de una muestra poblacional de adultos mayores del Hospital General de Pachuca, Hgo., ya que el cuestionario mide y evalúa a través de las dimensiones culturales la percepción de calidad de vida.

Propósito: Ha sido desarrollado centrándose en la calidad de vida percibida por la persona.

Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes (Badia, Salamero y Alonso, 1999).

Base Conceptual: Las preguntas que contiene son autoevaluativas de la calidad de vida de las personas.

Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de 30 lenguas en más de 40 países (Badia, Salamero y Alonso, 1999).

Descripción: Existen validadas al español las 2 versiones: el Whoqol-100 y el WHOQOL-BREF. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100, y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general.

Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF tienen una buena validez discriminante y de contenido y una adecuada fiabilidad test-retest. Las puntuaciones en las áreas del WHOQOLBREF se correlacionan con un coeficiente de 0,9 con las del WHOQOL-100. Ambos instrumentos están disponibles en más de 20 idiomas diferentes. La versión idiomática apropiada en cada país, y el permiso para usarlo, puede obtenerse en cada centro nacional de la OMS.

Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de 4 áreas: salud física, psicología, relaciones sociales y ambiente.

El cuestionario debe ser auto administrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de cultura, educación o salud, puede ser entrevistado (Badia, Salamero y Alonso, 1999).

Scoring del Cuestionario Whoqol-Bref: Produce un perfil con 4 ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambientes) y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los 2 ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida.

Para calcular los puntajes de los ítems se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta, es decir, las preguntas que corresponden según ítems son las siguientes:

**Salud Física:**  $[6-(Q3)] + [6-(Q4)] + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

**Salud Psicológica:**  $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + [6-(Q26)]$

**Relaciones sociales:**  $Q20 + Q21 + Q22$

**Ambiente:**  $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

**Nota:** Q se refiere al número de la pregunta en el cuestionario, por ejemplo pregunta n° 3 es igual a Q3.

Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3 (Badia, Salamero y Alonso, 1999).

**Ejemplo:**

En el ítem de salud Física el rango más alto es de 35 puntos, si se obtiene un puntaje de 25 puntos se hace una regla de 3:

$$\begin{array}{r} X = 25 \times 100 \\ \hline 35 \end{array}$$

X = 71 puntos.

La aplicación de la encuesta tardó alrededor de 15 minutos, las investigadoras fueron las encargadas de entregar el documento, dar las instrucciones, aclarar dudas y retirarlo.

**Límite de tiempo y espacio**

Se llevara a cabo en una muestra poblacional de Adultos Mayores en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

Se cuenta con el espacio adecuado para llevar a cabo la evaluación.

## **Implicaciones éticas**

Para la realización de este estudio se tomará en cuenta lo descrito en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA,).

Del título segundo correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer los criterios de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13). Para ello se acordó que la aplicación del instrumento de evaluación fuera en una muestra poblacional del Hospital General de Pachuca Hidalgo por conveniencia de cada persona para estar al pendiente en todo momento para cualquier señal de cansancio o molestia y hacer una pausa en caso de ser necesario.

Según lo estipulado en el artículo 21, fracción I, VII y VIII, a todos los participantes se les solicitó su participación voluntaria explicándoles de manera sencilla el estudio. Así mismo se les dio a conocer que podrían dejar de contestar las preguntas en el momento en que ellos así lo desearan y que no se tomaría ninguna represalia. Se les aseguró que la información que ellos proporcionaran se mantendría totalmente en el anonimato y que los resultados se darían a conocer en una forma general (artículo 16).

En ésta investigación se considerara en todo momento los principios de la ética, se les respetará a los participantes durante todo el proceso, de acuerdo a creencias, costumbres, sin prejuicios ni descalificaciones por parte de las investigadoras, no existirá presión, si no un trato cordial y se les protegerá de cualquier daño, se les resguardara la identidad mediante la asignación de número a la encuesta aplicada, sin necesidad de la identificación con nombre ya que la confidencialidad es un derecho de cada persona.

Del capítulo segundo de la investigación en comunidades del artículo 29 estipula que el investigador deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar.



El estudio se llevará a cabo una vez obtenida la autorización de las Comisiones de Investigación y ética de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Este fue considerado sin riesgo para la integridad física y psicológica de los participantes, puesto que solamente responderán a preguntas sobre factores determinantes de su calidad de vida.

La no maleficencia se lograra mediante las no descalificaciones por parte de las investigadoras, el evitar riesgo de la salud de los participantes y el proteger de cualquier daño.

Beneficencia, más que nada se verá expresado en el bien común o social que pretende la realización de este estudio.

Justicia se conseguirá mediante el respeto a los colaboradores durante todo el proceso, de acuerdo a creencias, costumbres, no deberá haber prejuicios ni descalificaciones por parte de las investigadoras, se les aclarara cualquier duda que manifiesten, todos serán tratados por igual y ninguno recibirá retribución económica.

## Resultados

### 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 mala el 15%; regular 45%; buena 35%; y los de muy buena 5% (Tabla A y Gráfica 1).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy mala	0	0
Mala	3	15
Regular	9	45
Buena	7	35
Muy buena	1	5
TOTAL	20	100

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

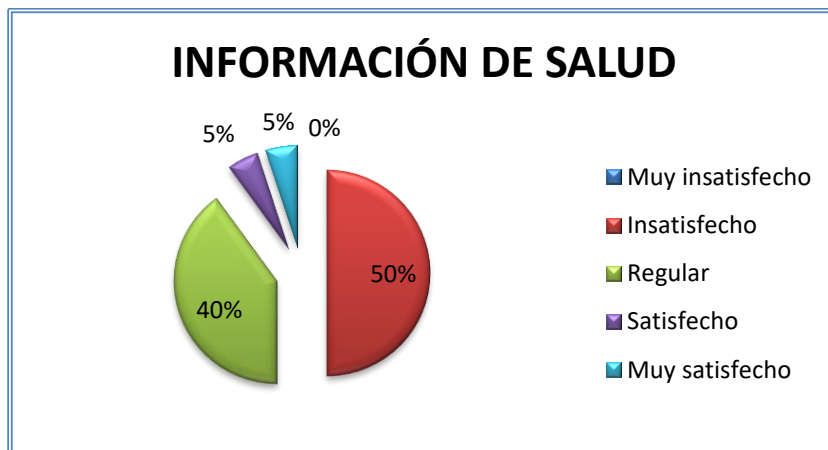


Gráfica 1. Indicadores de posición de puntajes WHOQOL-BREF relacionados con la calidad de vida general

Para *¿Cuán satisfecho está de su salud?*, los adultos mayores en la escala insatisfecho alcanzaron 50%; en lo regular 8%, los de insatisfecho 5% al igual que muy satisfecho 5%.(Tabla B y Gráfica 2).

ESCALA	No.	PORCENTAJE %
Muy insatisfecho	0	0
Insatisfecho	10	50
Regular	8	40
Satisfecho	1	5
Muy satisfecho	1	5
TOTAL	20	100

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

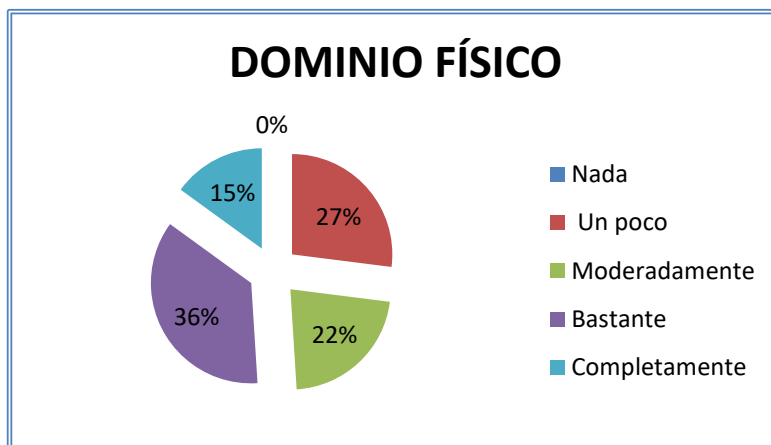


Gráfica 2. Indicadores de posición de puntajes WHOQOL-BREF relacionados con la satisfacción con salud.

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 un poco con 27%; el nivel bastante alcanzó 36%; moderadamente 22%; el 15% completamente y nivel nada 0%. Por tanto, los adultos se encontraban no satisfechos en términos de salud física (Gráfica 3).

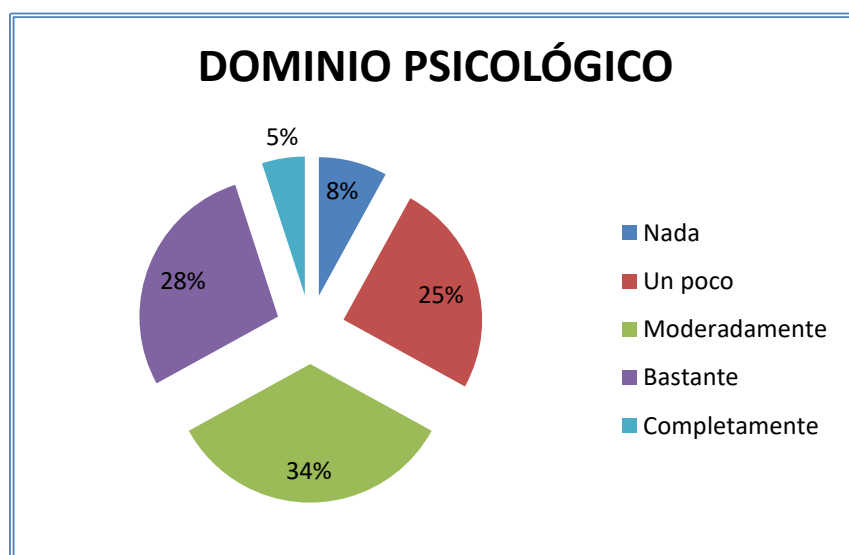


Gráfica 3. Resultados del dominio físico

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. 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 Moderadamente con 34%. En bastante satisfecho 28%; un poco 25%, Nada 8% y como completamente alcanzaron 5%. 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 o familia, con los cuales pueden potenciar sus redes de apoyo (Gráfica. 4).

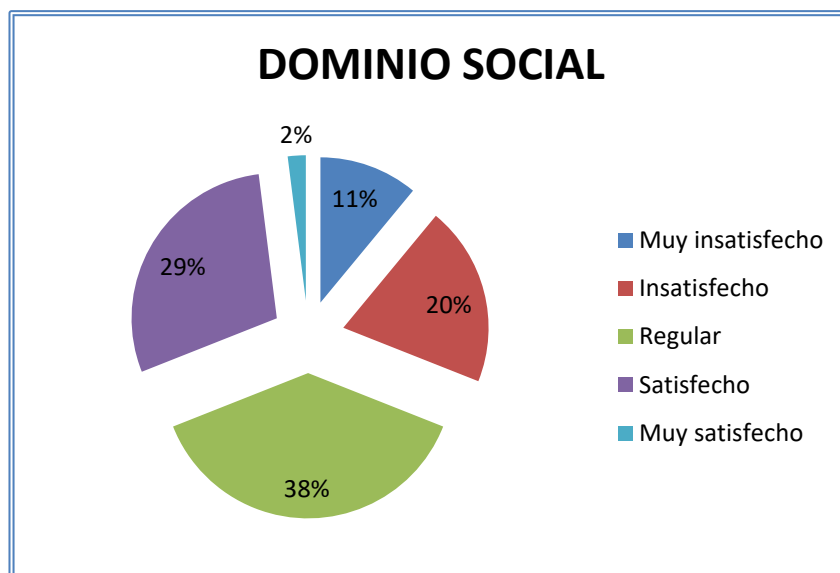


Gráfica. 4 Resultados del dominio Psicológico

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 las características 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.

### 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 Regular 38% y Satisfecho 29%; en insatisfecho 20%, muy insatisfecho 11% y nivel muy satisfecho 2%. Por lo que se podría señalar que los adultos mayores no tienen una mejor percepción de sus relaciones sociales (Gráfica 5).



Gráfica 5. Resultados del dominio Social.

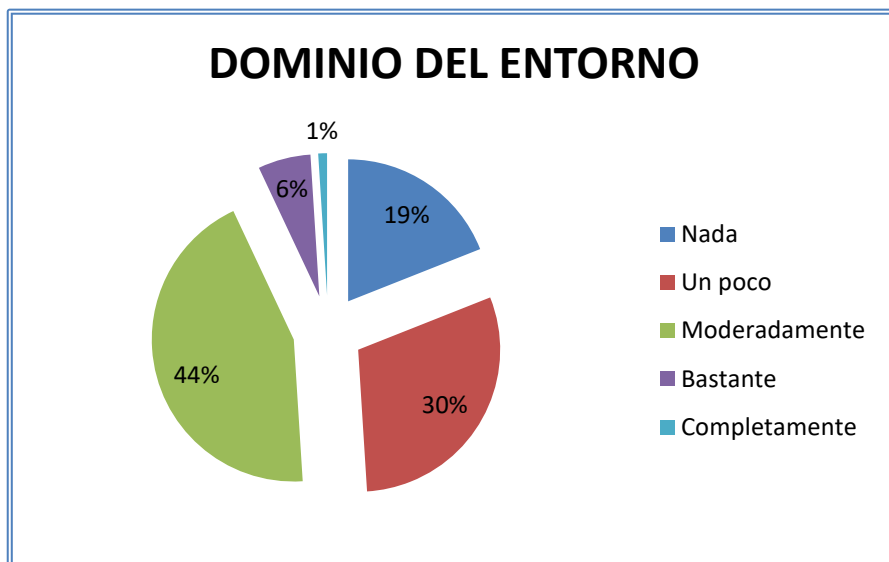
Entre los factores sociales autopercebidos por los adultos mayores, fue la necesidad de comunicación social que alcanza un 40%, sobre todo con personas de su edad, hijos y nietos. La jubilación constituye un acontecimiento vital, que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuye los contactos 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. 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.

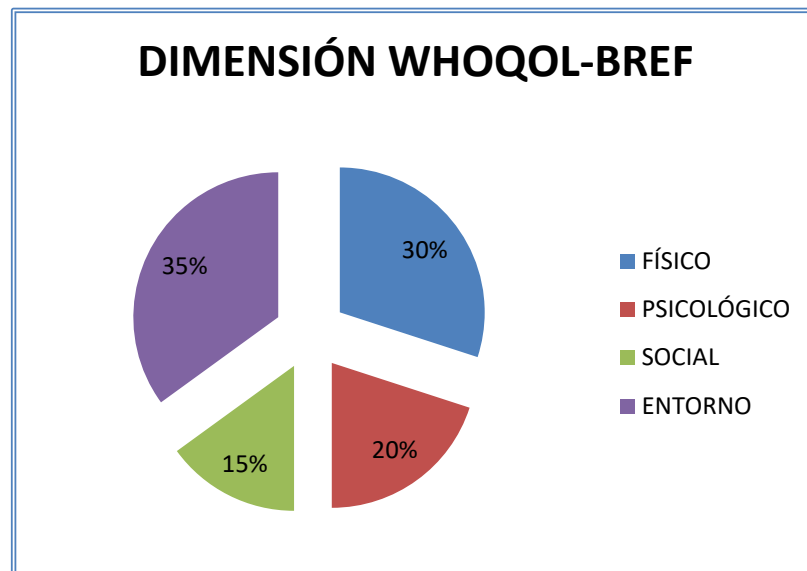
La satisfacción se concentró en el nivel Moderadamente 45%; Un poco 30%; Nada 19%; bastante satisfecho 6% y Completamente 0%. Los resultados indican que el medio ambiente no es valorado por las personas. Una explicación podría ser la inseguridad que provoca el medio ambiente a adultos mayores, por la heterogeneidad etárea de la población, con los consecuentes problemas sociales (violencia, drogadicción, alcoholismo) (Gráfica 6).



Gráfica 6. Resultados en dominio del Entorno

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.

Para los cuatro dominios (D1, D2, D3, D4). El total de adultos mayores estudiado se sentía satisfecho con su Calidad de Vida; satisfacción en dominio Físico 30%; dominio Psicológico 20%; dominio Social 15% y dominio del entorno 35%. (Gráfica 7).



Gráfica 7. Resultados de los cuatro dominios

En la gráfica anterior pudimos observar que en el dominio correspondiente al entorno el adulto mayor encuentra mayor satisfacción, le sigue el físico, el psicológico y finalmente el social. Lo que da pauta a proponer o generar estrategias que mejoren estos dos últimos aspectos.



## Discusión

De acuerdo con la literatura consultada, los adultos mayores no tienen una base material-económica que los sostenga; además, son rechazados por que 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 desintegrados de la dinámica familiar (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). 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.

Por su parte Lazarus (2000) menciona que 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.

El gran reto para los países en desarrollo como el caso de México, es alcanzar una mejor calidad de vida para los individuos, no solo se trata de aumentar los años de vida de una persona, sino mejorarla y aumentar el bienestar de la gente. Que mejor que contar con medidas que reúnan buenas propiedades psicométricas para evaluar los efectos de intervenciones de cualquier naturaleza, que sean sensibles y hayan probado su generalización para diversas culturas.

## Conclusiones

La intención del presente estudio fue conocer cómo percibe el adulto mayor su calidad de vida. 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 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.

De igual manera estos resultados encontrados permiten concluir que las dimensiones que conforman la “calidad de vida” se configuran de una manera específica y particular, dependiendo de las necesidades de la persona; es decir, entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento; y si las personas gozan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor.

Así mismo, los estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, así como las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas. Por tanto, permiten estimar la calidad de vida que se está gestando y proponer mejoras en ella.

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.

## Bibliografía

1. Anzola Pérez, Galinsky, Morales Martínez, R, Salas y Sánchez Ayendez, *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Edit. Organización Panamericana de La Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de La Salud, Washington, 1994.
2. Arranz, L. *Servicios de geriatría Hospital de Café*. Obtenida el 5 de Agosto del 2007, de [http://www.saludalia.com/Salud/web\\_saludalia/tu\\_salud/doc/anciano/doc/doc\\_que\\_es\\_geritria.htm](http://www.saludalia.com/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_que_es_geritria.htm).
3. Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. México: Editorial Herme
4. Borda, P. (2003). *Entrevista especial*. Artículo publicado en la revista trabajo social, numero 8, vol. 8, p.p 28, 29.
5. Cardona, D. y Agudelo, H. (2005). *Construcción cultural del concepto calidad de vida*. *Redalyc*, 23(1). Obtenido el 17 de Marzo de 2013 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12023108.pdf>
6. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Los derechos humanos en la tercera edad México*, 2005.
7. Doval, Mathy; Hartnett, Louise y Stokes Shirlee Ann, *Evaluación de la salud en el anciano*. Ediciones científicas la prensa medica mexicana, México, 1984.
8. Duran, M; Franco, D. (1994). *Edad Adulta Tardía*. México: Editorial Paidos.
9. Dulcey, E., Mantilla G., Alfonso A., García, D. (1999) *Calidad de Vida y situaciones de cambio*. Expojaveriana. Universidad Javeriana de Bogotá.
10. Erickson, H. (1986). *La adultez*. México: Editorial FCE.
11. Fernández-Ballesteros, R. (1988): *Calidad de Vida: las condiciones diferenciales*. La Psicología en España, Vol. 2, No1, 57-65, Colegio Oficial de Psicólogos, España.
12. Fernández, R. (2000). *Gerontología social*. Ediciones Pirámide, S.A.

13. 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.
14. Fernández, R.L. & García, F.M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. En M.A., Simón (Eds.). *Manual de la psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Publicaciones* (pp. 133-137). Madrid: Biblioteca Nueva.
15. Gamble, Ana, Sánchez, Gavioto, *Manual de prevención y Autocuidado para las Personas Adultas Mayores*, Buenos Aires, 2000.
16. 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).
17. García, Ramón y Gross, *Diccionario enciclopédico ilustrado Larousse.* México: DF, 1990.
18. García Lorenzo, González Martínez Francisco, *Longevidad y calidad de vida.* Revista Archivo Geriátrico, Edit. Órgano de difusión de la asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria, A.C. México, DF, 2002.
19. Gómez-Vela, M. y Sabeh, E. N. (2011). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación.* Universidad de Salamanca: España.
20. González, Joaquín y Gutiérrez, Aragón, (1994) .*Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento* México, DF. : Edit. Costa-amic, (3ra ed.).
21. González Miers, Ma. Roció, *Cuando la tercera edad nos alcanza, crisis o retos.* Edit. Trillas, México, DF, 2000.
22. 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).
23. Ham Chande, Roberto y Porrúa Miguel Ángel. *El envejecimiento en México: El siguiente reto a la transición demográfica,* El colegio de la Frontera Norte, Cd. de México DF, 2003.

24. INAPAM, *Programas Asistenciales*. Obtenida el 25 de noviembre del 2011, de [http://es.wikipedia.org/wiki/Instituto\\_Nacional\\_de\\_las\\_Personas\\_Adultas\\_Mayores](http://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_de_las_Personas_Adultas_Mayores)
25. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. México.
26. Jaimes, Alejandro Miguel. *Gerontología*. Obtenida el 27 de febrero de 2012, de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/Gerontologia.htm>
27. Lammoglia, E. (2007). *Ancianidad ¿camino sin retorno?* México: Editorial Grijalbo.
28. Lazarus RS (2000). *Estrés y emoción*. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: DDB.
29. Levi, L. y Anderson L. (1980) *La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida* (El Manual moderno. México)
30. 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.
31. Márquez, M.T. (2007). Transición. *Envejecer no es de cobardes*. México: Editorial Norma; Primera Edición.
32. Mercader, Francesc-Xavier. (1992). *Gerontología Aspectos Biopsicosociales del proceso de envejecer*, Ediciones científicas, la prensa medica mexicana, México.
33. 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.
34. Padilla, E. *Programas sociales a favor del adulto mayor* revista Sin cuenta y mas, Edit. Centro Mexicano de desarrollo, México DF, 2007.
35. Pinazo, S.; Sánchez, M. (2005). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. México: Editorial Pearson Educación.

36. Pszemirower, P. (1992). *Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez*. En Revista Geriátrica; 8 (1): 33 - 37.
37. Rodríguez, R.; Lazcano, G. (2006) *Práctica de la Geriátria*. México: editorial Mcgraw-Hill; segunda edición.
38. SEDESOL. *Adultos Mayores*. Obtenida el 15 de marzo del 2012, de [www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=3003len](http://www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=3003len)
39. Setién, M. L. (1993) *Indicadores sociales de calidad de vida* (Edit CIS - colección monografías-, Siglo XXI. Madrid).
40. Vallaverde, A. *Problemas de la salud mental del envejecimiento y de la vejez*, Edit. Humanitas, Buenos Aires, 2000.

# **ANEXOS**

## **Anexo nº 1**

### **Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 21, se manifiesta que:

I. He sido informado (a) claramente sobre el rol que me concierne dentro del trabajo y la metodología a estudiar en el estudio de investigación así también, se me han presentado los objetivos que persigue este trabajo el cual consiste en evaluar la percepción de calidad de vida.

II. he sido informado del procedimiento a realizarse la mecánica es dar respuesta al instrumento de recolección de información.

III. En caso de que persista alguna duda durante la aplicación del instrumento la persona encargada de la aplicación será quien las resuelva. Si existe alguna dificultad, se le brindara asistencia de inmediato.

IV. Los resultados obtenidos ayudaran a conocer la percepción de calidad de vida del adulto mayor, lo cual permitirá proponer mejoras en ella y la implementación o rediseño de políticas.

V. La elección de los participante se realizara bajo criterios de selección, es por eso que nuestra población muestra está debidamente seleccionada.



VI. durante el procedimiento se resolverá cualquier duda o pregunta que realice la población muestra. En caso de no saber leer o escribir el instrumento puede ser aplicable.

VII. He sido informado que puedo retirar mi colaboración y participación, en cualquier momento que yo desee.

VIII. Autorizo a la Srta. Adalid Torres González, a que utilicen la información que yo le entregue reservando mi identidad.

IX. Se le proporcionara un instrumento validado y confiable en el cual no se pone en riesgo el estado de salud físico y mental del adulto mayor.

X. En caso de existir algún daño a su integridad y salud física y mental del adulto mayor el director de la investigación se hará responsable si esto implica algún gasto medico.

XI. El estudio no tendrá ningún costo adicional.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo \_\_\_\_\_ con número de expediente \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio titulado:

“Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor de una muestra poblacional en el hospital general de Pachuca, Hgo.”

---

Nombre y firma del paciente

---

Nombre y firma del Investigador

## Anexo nº 2

### INSTRUMENTO DE EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHOQOL-BREF)

(Autores: OMS, Grupo WHOQOL-1998)

Instrucciones:

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

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en las dos últimas semanas.

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor propuesta.

Nº	Ítem	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

Nº	Ítem	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan 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.

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

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

N°	Ítem	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	¿Tiene energía suficiente para su	1	2	3	4	5

	vida diaria?					
11	¿Qué tanto acepta su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible esta la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

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

N°	Ítem	Muy insatisfecho	insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho esta con su	1	2	3	4	5

	habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho esta con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho esta con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho esta con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho esta con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5

25	¿Qué tan satisfecho esta con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

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

N°	Ítem	Nunca	A veces	Moderadamente	My seguido	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5