

14
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

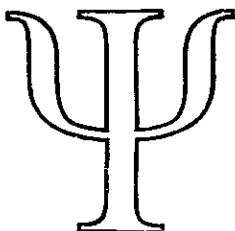
FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN
ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
ABIGAIL VERONICA BALTAZAR NEGRETE
ROCIO MIREYA RODRIGUEZ CAMPUZANO

DIRECTORA DE TESIS LIC. CONCEPCION CONDE ALVAREZ
REVISORA: MTRA. AIDA MA. RODRIGUEZ VELIZ



MEXICO, D. F.

275619

1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Lic. Concepción Conde Alvarez

GRACIAS por creer en nuestro trabajo y por apoyarnos, así como por tu trato amable que permitió que el desarrollo de esta investigación fuera más grato.

Mtra. Aida Ma. Rodríguez Véliz
Lic. Piedad Aladro Lubel
Mtra. Patricia Andrade Palos
Lic. Rubén Varela Domínguez

Por su tiempo, sus atenciones y sus valiosos comentarios, los cuales contribuyeron en nuestro trabajo

GRACIAS

A aquellas personas mayores de 60,
que merecen todo nuestro cariño, atención y respeto
y de las cuales se puede aprender mucho.

Dra. Carina Vélez y De La Rosa
Residencia El Refugio
Directora General

Lic. Salvador Padrón González
Residencia Reina Sofía
Director General

Por abrirnos las puertas de sus instituciones
y brindarnos todas las facilidades
para que esta investigación
pudiera realizarse.

A la Facultad de Psicología

A la Universidad Nacional Autónoma de México

GRACIAS

Dr. Francisco Javier Mijangos Huesca

Por tu interés, tu tiempo, tu paciencia
y todos tus valiosos comentarios
que ayudaron a enriquecer nuestro trabajo
e impulsarnos a seguir adelante

MUCHAS GRACIAS

Papá †

Porque siempre conté con tu cariño y tu apoyo
y me alentaste a seguir adelante en todo momento
y con tu recuerdo aún lo sigues haciendo

GRACIAS

Mamá

Por procurar siempre que sea una mejor persona,
por toda tu dedicación y cariño

MIL GRACIAS

A mis hermanos
Ivette, Adolfo y Gabriel

Por todo lo que he podido aprender de ustedes

GRACIAS

Rocío Rodríguez

Javier

GRACIAS

por todos tus comentarios,
sugerencias y asesoría
a lo largo de la tesis,
sin ti quizás no habría sido posible.

GRACIAS

también por todo tu amor,
apoyo y enorme paciencia conmigo.

Abigail

MIL GRACIAS

por tu amistad y tu apoyo
ante los mil y un contratiempos
que tuvimos que enfrentar
para que este proyecto fuera posible
y porque a pesar de todos esos
problemas seguí contando contigo y
logramos llevar a término este
proyecto.

Rocío Rodríguez

A la memoria de mi padre †

Porque tu esfuerzo y dedicación
dieron ejemplo a mi vida

GRACIAS PAPÁ

Mamá

Porque siempre guiaste mi camino
al apoyarme y confiar en mí

GRACIAS MAMITA

A Martín, Estela, Teresa, Laura,
Carlos, Gabriel y Edgar

Porque cada uno de ustedes me ha
proporcionado una parte de sí, por
su apoyo y por ser mis hermanos

GRACIAS

A mis sobrinos

Porque cada uno de ustedes ha
fortalecido en mí un deseo de seguir
adelante y hacer cosas nuevas

GRACIAS PEQUEÑOS

Abigail Baltazar

Antonio

A mi pareja excepcional,
porque como novio y amigo me has
brindado todo tu amor y apoyo
durante esta larga pero satisfactoria
etapa,

GRACIAS ANTONIO

Porque como compañeras y amigas
aprendimos a conocernos,
a luchar y a seguir adelante
ante las adversidades

GRACIAS ROCIO

Abigaíl Baltazar

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: LA VEJEZ. ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEPTOS Y TEORÍAS	2
1.1 La vejez a través de la historia	3
1.2 Conceptos sobre envejecimiento	4
1.3 clasificaciones del envejecimiento por edad	6
1.3.1 Clasificación de Burnside	6
1.3.2 Clasificación de Gamietea	7
CAPÍTULO II: CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO	8
2.1 Aspectos Físicos y Biológicos	9
2.1.1 Teorías del envejecimiento	9
2.1.1.1 Teoría del envejecimiento programado	10
2.1.1.2 Teoría del desgaste natural del envejecimiento	10
2.1.1.3. Teoría homeostática	10
2.1.1.4 Teoría autoinmunitaria	10
2.1.2 Características físicas y biológicas	11
2.1.3 Enfermedades en la vejez	13
2.1.4 Uso de Medicamentos en el Anciano	15
2.1.5 Sexualidad en la vejez	16
2.2 Aspecto Psicológico	18
2.2.1 Teorías psicológicas del envejecimiento	18
2.2.1.1 Teorías del desarrollo	18
2.2.1.2 Teorías que se adaptan para explicar la senescencia	19
2.2.1.3 Teorías sobre el envejecimiento satisfactorio	19
2.2.1.4 Teorías del aprendizaje	19
2.2.2 Características psicológicas del envejecimiento	19
2.3 Aspecto Social	22
2.3.1 Teorías sociales del envejecimiento	23
2.3.1.1 Teoría del fin de papeles	23
2.3.1.2 Teoría de la actividad	23
2.3.1.3 Teoría de la desvinculación	23
2.3.1.4 Teoría de la desvinculación diferencial	23
2.3.2 El anciano y la familia	24
2.3.3 La pareja en la vejez y la etapa de viudez	25
2.3.4 Las amistades en la tercera edad	26
2.4 Aspectos económicos	27
Cuadro sinóptico de las principales características durante la vejez	30
CAPITULO III: INFLUENCIA DE LA JUBILACIÓN Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LOS ANCIANOS	33
3.1 Jubilación	34
3.1.1 Algunos Antecedentes de la Jubilación	34
3.1.2 Efectos y Repercusiones de la jubilación	34

3.1.3 Preparación Previa a la Jubilación	37
3.2 Institucionalización	37
3.2.1 Antecedentes de las Residencias para ancianos en México	38
3.2.2 El proceso de la institucionalización	40
3.2.3 Efectos Psicológicos de la Institucionalización en Ancianos	43
CAPITULO IV: CALIDAD DE VIDA	46, 47
4.1 Conceptos de Calidad de Vida	48
4.2 Áreas de Calidad de Vida	49
4.3 Calidad de vida en ancianos	51
4.4 Medición de Calidad de Vida	53
4.4.1 Instrumentos de medición de calidad de vida	56
CAPITULO V: METODOLOGÍA	60
5.1 Planteamiento y justificación del problema	61
5.2 Objetivo General	62
5.3 Objetivos Particulares	62
5.4 Definición de variables	62
5.5 Muestra de la Población	62
5.6 Muestreo	63
5.7 Escenario	63
5.8 Diseño	63
5.9 Instrumento	65
5.9.1 Características de un cuestionario	65
5.9.2 Características de los instrumentos utilizados en la investigación	66
5.9.2.1 Minimal	66
5.9.2.2 Cuestionario de Calidad de Vida	66
5.9.2.3 Forma de Farmacovigilancia	68
5.10 Procedimiento	68
5.11 Análisis estadístico de datos	69
CAPITULO VI: RESULTADOS	70
6.1 Construcción del Cuestionario de Calidad de Vida	71
6.2 Características de la muestra de estudio	71
6.3 Resultados en el minimal de la muestra	72
6.4 Características de los ancianos a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida	73
6.5 Resultados en el minimal de la muestra a la que se le aplicó el cuestionario de calidad de vida	74
6.6 Resultados en el cuestionario de calidad de vida	75
6.6.1 Área Física	76
6.6.2 Área Biológica	76
6.6.3 Área Psicológica	76
6.6.4 Área Social	76
6.6.5 Área Económica	76
6.7 Análisis del cuestionario de calidad de vida por área y por preguntas	77
6.7.1 Área Física	77

6.7.2 Area Biológica	78
6.7.3 Area Psicológica	80
6.7.4 Area Social	82
6.7.5 Area Económica	83
6.8 Comparación por sexo	87
6.9 Comparación por tiempo en la residencia	89
6.10 Comparación por edad	90
6.11 Comparación por calificación en minimental en pacientes a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida	92
6.12 Comparación por escolaridad en pacientes a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida	93
6.13 Comparación por nivel socioeconómico en pacientes a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida	95
6.14 Comparación por calificación en el cuestionario de calidad de vida	96
6.15 Comparación por calificación baja vs. alta en el cuestionario de calidad de vida	98
6.16 Características de enfermedades en los pacientes de residencias	99
6.17 Farmacovigilancia	101
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN	102, 103
7.1 Análisis del instrumento	103
7.2 Características de la población y de la muestra	104
7.3 Evaluación de la calidad de vida	106
7.3.1 Consideraciones sobre el área física	106
7.3.2 Consideraciones sobre el área biológica	107
7.3.3 Consideraciones sobre el área psicológica	108
7.3.4 Consideraciones sobre el área social	109
7.3.5 Consideraciones sobre el área económica	110
7.4 Comparación por sexo	110
7.5 Análisis por tiempo de residencia	111
7.6 Análisis por edad	112
7.7 Comparación por calificación en el Minimental	113
7.8 Comparación por escolaridad	114
7.9 Comparación por nivel socioeconómico	114
7.10 Análisis por calificación alta y baja en el cuestionario de calidad de vida	115
7.11 Análisis de enfermedad y calidad de vida	115
7.12 Farmacovigilancia	117
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES	118
ANEXOS	
Anexo 1 Examen de Estado Mental Breve (Minimental)	123
Anexo 2 Cuestionario de Calidad de Vida	127
Anexo 3 Planilla para calificación del Cuestionario de Calidad de Vida	131
Anexo 4 Forma de Farmacovigilancia	135
REFERENCIAS	136

INTRODUCCIÓN

El estudio de la calidad de vida actualmente ha adquirido gran importancia desde diferentes enfoques, en dimensiones específicas y en diferentes edades; sin embargo, aunque en la práctica diaria tanto psicólogos como médicos reconocen la necesidad de identificar los factores que influyen en la calidad de vida, su apreciación es parcial y subjetiva, por lo que se requiere de instrumentos que la evalúen amplia y objetivamente.

El grupo de ancianos, actualmente va en incremento, con necesidades propias y factores específicos que influyen en su calidad de vida. Existen algunos estudios que evalúan parcialmente ésta, orientándose a factores físico, biológicos, psicológicos, sociales o económicos, en asociación frecuentemente a algún estado patológico, por lo que se reconoce la necesidad de un instrumento que evalúe integralmente al anciano, en su desempeño diario, considerando las características propias de este grupo de edad. Asimismo, frecuentemente asociado a la problemática familiar actual, se ha presentado con mayor incidencia la necesidad de que los ancianos ingresen en instituciones para su cuidado, lo cual sin duda tendrá impacto en la calidad de vida de esta población.

El presente estudio tuvo el propósito de evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en las residencias “El Refugio” y “Reina Sofia”, para identificar las áreas más afectadas en la calidad de vida, ampliar los conocimientos sobre los diferentes factores que influyen en ésta y realizar propuestas que permitan mejorarla.

Brevemente se realiza a continuación una semblanza sobre la apreciación que se ha tenido del anciano en diferentes culturas, las diferentes teorías que se han desarrollado para su estudio, así como el surgimiento de una disciplina enfocada en el estudio del anciano y el envejecimiento. Se analizan también las principales características del envejecimiento descritas desde cada uno de los diferentes enfoques de estudio, incluyéndose además una breve descripción acerca de la problemática que el anciano enfrenta y las circunstancias por las cuales tiene que ingresar a una institución, así como el proceso por el cual tiene que pasar para su adaptación en esta nueva etapa.

CAPÍTULO I

LA VEJEZ: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEPTOS Y TEORÍAS.

1.1 La vejez a través de la historia

A lo largo de la historia la vejez ha sido vista de diferentes maneras; en algunas sociedades y culturas antiguas, el anciano era considerado como poseedor de sabiduría y sus experiencias servían para orientar el desarrollo de su sociedad, mientras que en otras no se les daba ninguna importancia e incluso eran relegados.

Existe una gran variabilidad en el trato que la sociedad les daba, y dependía principalmente de factores sociales y culturales. Puede observarse, por ejemplo, que algunos pueblos primitivos abandonaban a su suerte a los ancianos, en cambio, otros los trataban con respeto. Se sabe que los ancianos recibían en ocasiones maltratos por los pueblos cuyos recursos eran escasos, ya que inevitablemente se les consideraba como una carga.

Los griegos consideraban que la vejez era un castigo y sinónimo de enfermedad; la vejez y la muerte estaban entre los males de la vida y eran los dos más implacables e inevitables (Sánchez y Ramos, 1982).

Durante el renacimiento y el barroco permaneció la idea de la inevitable decrepitud y el carácter melancólico de la ancianidad. Se tenía también la creencia de que el diablo movía la fantasía por medio de los humores¹, ello explica entonces porqué las mujeres ancianas fueron comparadas con brujas y por lo tanto perseguidas y ejecutadas como tales (Sánchez y Ramos, 1982).

La situación del anciano en China se ha mantenido casi inalterable a través de milenios, es decir, el anciano es considerado en la familia como una parte valiosa (Sánchez y Ramos, 1982).

En el México antiguo, la huehuéyotl o senectud, no implicaba necesariamente un estado de decrepitud o pérdida de las facultades por efecto de la edad. En el contexto del mundo náhuatl correspondía al anciano preservar y comunicar las tradiciones. No eran tenidos como carga o presencia fastidiosa, sino como parte esencial de la familia (León Portilla, 1984).

¹Humores (bilis, atrabilia, pituita y sangre): según la medicina antigua, eran secretadas del organismo y la salud y enfermedad dependían de su equilibrio.

Como puede observarse, en las diferentes culturas se ha visto al anciano desde diversas perspectivas, las cuales van desde considerarlo como una persona útil y sabia hasta como un ser inútil y enfermo.

A finales del siglo XIX, las investigaciones realizadas llevaron a la separación de los conceptos de vejez y enfermedad en el anciano, dando lugar al nacimiento de la Gerontología y la Geriatria.

En 1908, Ilya Metchnikoff creó el término Gerontología², la cual se define como aquella ciencia interdisciplinaria que estudia el proceso y los problemas asociados al envejecimiento.

En un concepto más amplio puede decirse que la gerontología es una ciencia interdisciplinaria que estudia los cambios biopsicosociales en el desarrollo del ser humano, así como sus causas y consecuencias.

Posteriormente, en 1909, Ignaz Leo Nascher, propone el término Geriatria³, la que se define como la rama de la medicina que estudia la vejez, las enfermedades asociadas y su tratamiento, incluyendo: la etapa aguda de rehabilitación, mantenimiento y cuidados de enfermería en la etapa final de la vida, tanto con el ambiente familiar como institucional (Motlis, 1985).

1.2 Conceptos sobre envejecimiento

A lo largo de la historia han surgido diferentes conceptos acerca del envejecimiento⁴, sin llegar a un acuerdo, ya que este proceso es estudiado desde diferentes enfoques como son el biológico, psicológico, social, etc.

Algunos autores mencionan que el envejecimiento es el proceso que se inicia con la concepción y finaliza con la muerte (Sánchez y Ramos, 1982; Aburto, 1983).

Lansing y Shock (citado por Motlis, 1985) piensan que el envejecimiento es un proceso de deterioro que cubre todo el ciclo vital. Lansing agrega que los primeros días se caracterizan por el crecimiento del organismo y el desarrollo, diferenciación y refinamiento de las capacidades. La madurez y los últimos años se caracterizan por los términos involución o envejecimiento que incluyen declinación, deterioro o pérdida de función.

² del griego *geras*: viejo; *logos*: estudio o descripción de algo

³ raíces griegas son *geras*: viejo; *aitnikos*: tratamiento

⁴ La palabra envejecimiento o senectud proviene del latín *senescere* "alcanzar a la vejez"

G.H. Hunt (citado por Mañós, en 1998), del Instituto Nacional del Envejecimiento en Estados Unidos, opina que el envejecimiento es la disminución esencialmente irreversible de la capacidad del organismo o alguna de sus partes para adaptarse a su entorno, debido a un proceso determinado genéticamente y progresivo que se manifiesta por una disminución de su capacidad de hacer frente al estrés al que esta sometido, que culmina con la muerte del organismo.

El envejecimiento fue definido por la Federación de Sociedades Americanas de Biología Experimental, en 1961, como una situación en la cual el catabolismo predomina sobre el anabolismo, y como consecuencia se produce una disminución de la capacidad funcional (Motlis, 1985).

Kutner (citado por Mañós, en 1998), expresa que el envejecimiento social es un proceso de rediferenciación y reintegración de errores y funciones sociales, que ocurre a medida que el individuo envejece cronológicamente, y aflora debido a cambios en el rol y status impuestos sobre él, tanto por su sociedad o por mala suerte o deliberadamente aceptados por él.

Ajuriaguerra (citado por Mañós, en 1998) menciona que cada persona envejece en función de cómo haya vivido, por lo que el considera al envejecimiento como un proceso diferencial. Es decir, las características que la persona haya tenido a lo largo de su vida las conservará al llegar a la vejez.

Como podemos ver, las definiciones antes citadas no abarcan todos los aspectos que influyen sobre el envejecimiento, sino que los autores se enfocan en su área de estudio.

Es importante aclarar que los conceptos de envejecimiento y vejez son diferentes. Envejecimiento se entiende como todo el proceso dinámico de desarrollo que va desde la concepción hasta la muerte, y que está influido por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Dicho proceso pasa por diversas etapas evolutivas como son la infancia, adolescencia, madurez y entre sus últimas etapas la vejez, la cual es un periodo en el que hay una disminución en la capacidad de adaptación que limita una actividad normal y que también se ve influido por aspectos físicos, biológicos y sociales.

1.3 clasificaciones del envejecimiento por edad.

Según Lowe (1972), la percepción de la vejez cambia con la edad. Para un niño, cualquier persona mayor que él es considerada como vieja, pero a medida que la edad aumenta las personas mayores perciben que cada vez hay menos ancianos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un esfuerzo por delimitar el inicio de la vejez, facilitando así su estudio marcó su inicio a los 60 años (Aburto, 1983). Sin embargo poner a todos los adultos mayores en un grupo no sólo equivale a ignorar las diferencias individuales, sino que no se tienen en cuenta las variaciones de salud física, factores de envejecimiento y de desarrollo. Es por lo anterior que encontramos que diversos autores realizan clasificaciones por edad, tomando en cuenta diferentes rangos o intervalos.

Entre estas clasificaciones se encuentran las realizadas por Burnside (1979) y Gamietea (1985), las cuales se describen a continuación.

1.3.1 Clasificación de Burnside.

Burnside y cols. (1979) dividen los últimos años de la adultez década por década, analizando las características propias de cada una.

- Ancianos jóvenes (60-69 años).- esta década marca el inicio de una transición decisiva. A los 60 años, casi todos los adultos deben adaptarse a una nueva estructura de papeles. Disminuyen sus ingresos, los amigos y colegas empiezan a desaparecer. La sociedad reduce sus expectativas respecto a los que tienen esa edad, les exige menos energía, menos independencia y creatividad.

- Ancianos de edad intermedia (70-79 años) - esta edad suele caracterizarse por la pérdida y la enfermedad para el anciano. Los amigos y familiares mueren a veces a un ritmo creciente, reduciéndose su mundo social. Sus problemas de salud tienden a agravarse más durante esta década. La principal tarea del desarrollo a los 70 años consiste en conservar la reintegración de la personalidad lograda en la década anterior.

- Ancianos viejos (80-89 años).- la mayor parte tiene dificultades para adaptarse e interactuar con el ambiente. Necesitan ayuda para conservar sus contactos sociales y culturales.

- Ancianos muy viejos (90-99 años).- algunos problemas de salud se agravan mas, el nonagenario puede modificar sus actividades para aprovechar al máximo las capacidades que todavía le quedan.

1.3.2 Clasificación de Gamieta.

Otra de las clasificaciones propuestas es la de Gamieta (1985), quien clasifica a la vejez de la siguiente forma:

- Presenescencia (60-65 años).- etapa en la que se debe dar al anciano la preparación para los cambios que se van a tener, aún sería un período crítico del desarrollo.
- Senescencia temprana (65-70 años).- los cambios laborales y sociales empezarán a repercutir en la salud física y mental de la persona.
- Senescencia (70-80 años).- el anciano tendrá más problemas físicos, lo cual le planteará la cercanía de la muerte y la necesidad de revisar su larga vida.
- Senescencia tardía (80-90 años).- el anciano buscará una síntesis e integración del yo, no habrá miedo a la muerte, una conciliación con él, con los familiares y con la sociedad
- Años post-senescencia (90 años en adelante).- el anciano tendrá respeto por los años vividos, sentirá que es un eslabón más en la vida de la especie humana, acepta lo pasado y el futuro.

Actualmente se pretende establecer el inicio de esta etapa a partir de los 65 años. Esto debido a que es en este momento cuando en la mayoría de las personas se advierten los caracteres físicos externos que se relacionan con la declinación del funcionamiento físico y porque antes de esa edad, ciertas formas de deficiencias del funcionamiento mental son relativamente raras (Zinberg y Kaufman, 1987).

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

2. CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

Como ya se ha mencionado el envejecimiento se da en diferentes etapas de desarrollo del hombre, por lo que se producen cambios en los aspectos físico, biológico, psicológico, económico y social.

2.1 ASPECTOS FÍSICOS Y BIOLÓGICOS

Uno de los criterios que generalmente se usa para definir la llegada de la vejez son los cambios físicos y biológicos.

Individualmente existen estudios que evalúan el área física la cual incluye participación en actividades de la vida diaria, tales como capacidad de desplazarse, cuidado personal como bañarse y vestirse, la realización de tareas sencillas y tareas complejas, a diferencia del área biológica en la cual se contemplan los cambios fisiológicos del organismo como el ciclo vigilia-sueño, estado de salud general, enfermedades concomitantes, alimentación, sexualidad; a continuación se realizan algunas consideraciones sobre estos aspectos.

2.1.1 Teorías del envejecimiento.

Existen múltiples teorías sobre el envejecimiento biológico que tratan de abordar la complejidad de este proceso considerando que este proceso se da de diferente manera y en diferentes tiempos en los órganos, células, organelos, etc. del ser humano y, aunque todas hacen importantes aportaciones al estudio del envejecimiento ninguna explica por completo este proceso. A continuación se mencionan 4 de las diferentes teorías biológicas, las cuales serán descritas posteriormente:

- Teoría del envejecimiento programado.
- Teoría del desgaste natural del envejecimiento.
- Teoría homeostática.
- Teoría autoinmunitaria.

2.1.1.1 Teoría del envejecimiento programado.

Sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo con un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo; este programa, preestablecido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores. Se argumenta que, puesto que cada especie tiene sus propios patrones de envejecimiento y su propia expectativa de vida, este patrón debe ser predeterminado e innato. Se menciona también que las células pueden dividirse un número limitado de veces y que es este límite el que controla el período de vida. La gente puede nacer con genes defectuosos que se manifiestan orgánicamente a una edad avanzada, causando deterioro. Un área de deterioro puede ser el sistema inmune del organismo, de tal manera que se revertirá contra el mismo sistema (Papalia y Wendkos, 1992).

2.1.1.2 Teoría del desgaste natural del envejecimiento.

Menciona que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, que la vejez es el resultado de “agravios” acumulados al cuerpo. Se compara al cuerpo humano con una máquina cuyas partes finalmente se gastan debido al continuo uso. El estrés externo e interno agrava el proceso de desgaste (Papalia y Wendkos, 1992).

2.1.1.3. Teoría homeostática

Establece que la química corporal es un proceso cada vez menos eficaz para conservar concentraciones estables de varios elementos químicos. Es interesante señalar que, en condiciones de reposo, estos procesos autorreguladores operan en el anciano a un nivel parecido al que se observa en pacientes más jóvenes. La diferencia decisiva se encuentra en la menor capacidad de los ancianos para retornar a la homeostasis, o equilibrio normal, luego de un estrés físico o psíquico, como el ejercicio, el enojo, etc. (Timiras, 1978).

2.1.1.4 Teoría autoinmunitaria.

Se basa en el hecho de que el ser humano al envejecer muestra una tendencia creciente a rechazar sus propios tejidos (enfermedades relacionadas: artritis reumatoide, cáncer, diabetes, enfermedades vasculares e hipertensión) (Craig, 1988).

2.1.2 Características físicas y biológicas

Cuando se habla de envejecimiento suelen mencionarse cambios en la apariencia física como: pérdida de fuerza, disminución de la coordinación y del dominio del cuerpo, alteración de la salud, etc. Sin embargo, no en todas las personas se presentan estos cambios de la misma manera ya que influyen factores personales, ambientales y sociales. Es importante mencionar que los cambios biológicos influyen en el proceso de envejecimiento causando muchos cambios físicos, si no es que todos.

La mayoría de los cambios físicos son observables a simple vista. De hecho, la piel es uno de los órganos que avisa la llegada del envejecimiento al presentarse arrugas más pronunciadas, esto se asocia a la desaparición de la grasa y del tejido muscular subcutáneo, con pérdida de tonicidad y elasticidad. Las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian y la piel adquiere una apariencia reseca (Mishara y Riedel, 1986; Papalia y Wendkos, 1992). La regeneración celular de la piel es cada vez más lenta siendo su textura más suave y más lábil a los estímulos agresores.

En lo referente al cabello, las investigaciones muestran que sus cambios se ven influidos por factores raciales, genéticos y sexuales. El cabello se encanece por la disminución de los melanocitos y es menos abundante (Mishara y Riedel, 1986; Motlis, 1985). Las uñas crecen más rápido, se curvan y cambian de espesor.

Hay una disminución de la talla por la calcificación y disminución de los cartílagos intervertebrales; el individuo se encorva por la osteoporosis, las articulaciones y los músculos se atrofian, disminuyendo su tono (Sánchez y Ramos, 1982; Mishara y Riedel, 1986).

Las funciones sensoriales incluyen además de la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato, el reconocimiento de la posición cinestésica del cuerpo, el equilibrio, el movimiento y las sensaciones internas. Todas estas funciones suelen afectar las relaciones del individuo con el medio que le rodea, presentándose una modificación variable en cada una de ellas.

En la vista hay disminución en la capacidad de enfoque, en la agudeza visual y en el brillo de la mirada, así como aparición de un anillo grisáceo alrededor de la córnea. Todo lo anterior propicia que el anciano enfrente dificultades para percibir la profundidad o el color y adaptarse a cambios abruptos de luz, son sensibles a la luz intensa y no pueden ver bien en la oscuridad. A menudo desarrollan áreas nebulosas u opacas en los lentes del ojo

(cataratas) que evitan que la luz pase y cause una visión borrosa. Lo que más frecuentemente se presenta es la disminución de la agudeza visual, denominada presbiopia y esta determinada por la disminución de las terminaciones nerviosas en el ojo (conos y bastones) (Sánchez y Ramos, 1982; Papalia y Wendkos, 1992).

El oído presenta disminución de la agudeza auditiva y la constante exposición a ruidos intensos precipita la sordera en la senescencia (Sánchez y Ramos, 1982).

En cuanto a la motricidad, se observa que la masa muscular disminuye notablemente, generando que los movimientos motores sean más lentos, ocurra una fatiga más rápida y se recuperen de una tensión más lentamente. Los movimientos finos se vuelven también más lentos e imprecisos (Mishara y Riedel, 1982).

El cuerpo de los ancianos se adapta con menos rapidez al frío, la exposición a un ambiente frío y asociado a carencias alimenticias, de vestido y de vivienda originan una temperatura corporal anormalmente baja, lo cual implica un serio riesgo para los ancianos; al respecto se ha reportado que el anciano en un ambiente frío disminuye su actividad física propiciando que ocurran mayores eventos de trombosis e infartos (Estudio MONICA). El calor también impide que puedan desempeñarse tan eficientemente como la gente joven, siendo más lábiles a la deshidratación (Papalia y Wendkos, 1992).

La gente de edad avanzada presenta un ciclo de sueño más corto, más superficial y con menos períodos de la fase REM, y los hombres tienden más a despertarse durante la noche y tener dificultades para dormir (Papalia y Wendkos, 1992).

En el aparato respiratorio se observa una disminución de la capacidad vital. Conforme se envejece aumentan los problemas restrictivos de la caja torácica, con mayor dificultad para introducir y expeler el aire de los pulmones, siendo más grave en los pacientes que durante su vida tuvieron un tabaquismo intenso, esto puede ocasionar problemas en otras funciones vitales de órganos que requieren oxigenación (como el cerebro, corazón, riñón, hígado, etc.) (Kastembaum, 1980).

El aparato cardiovascular sufre cambios muy serios que lo hacen más susceptible a las enfermedades. Presenta alteración del ritmo circadiano, con la aparición ocasional de extrasístoles, disminuye el gasto cardiaco debido al menor volumen de contracción del corazón. Existe un endurecimiento de las arterias, aún de las mismas del corazón, formándose en ocasiones placas de colesterol en su interior (Sánchez y Ramos, 1982).

Hay disminución del tamaño de los riñones y de su velocidad de filtración y secreción tubular. En el hombre surgen alteraciones de la próstata, originando dificultad en la micción y una progresiva retención de orina. Asimismo, se dan también cambios en el funcionamiento de las glándulas endócrinas. La tiroides tiene actividad más reducida propiciando intercambios metabólicos más lentos (Sánchez y Ramos, 1982).

En conjunto, el sistema digestivo permanece relativamente eficiente. Los músculos blandos de los órganos internos continúan operando bien, el hígado y la vesícula biliar se mantienen estables. Sin embargo existe propensión a úlceras estomacales y del duodeno. Cuando se presenta la obesidad, afecta al sistema circulatorio, los riñones y el metabolismo del azúcar; esto contribuye a que se presenten enfermedades degenerativas que acortan la vida (Papalia y Wendkos, 1992).

La mala salud de los ancianos se complica por una dieta inadecuada. Por la menor actividad física y la disminución del metabolismo corporal, disminuye su apetito, la disminución en la percepción de los sabores genera que rechacen el alimento, la falta de una dentadura adecuada evita que consuman alimentos sólidos como la carne, aportándose solo dietas ricas en carbohidratos y lípidos lo que genera que aún en casos de obesidad del anciano se encuentre una malnutrición importante. (National Dairy Council, 1977). El estado nutricional varía además en asociación a: la herencia, el ambiente, el estado nutricional de años anteriores, sus hábitos y tradiciones, pero es definitivo que la mayoría tiende a la desnutrición. Otros estados patológicos asociados a la cavidad bucal como: los malos hábitos masticatorios, los trastornos en la mucosa oral, los problemas de encías, la disminución en la secreción salival, influyen en la distorsión de la percepción de los sabores o alteraciones gustativas (Ozawa, 1994).

2.1.3 Enfermedades en la vejez.

A lo largo de la vida todos sufrimos diferentes enfermedades, sin embargo el anciano está más propenso a padecerlas por los diferentes cambios orgánicos que sufre; es común que en el anciano se puedan integrar hasta más de 5 diagnósticos de enfermedades simultáneas. Algunas de las enfermedades en la vejez surgen debido a alteraciones progresivas e irreversibles de la edad. A continuación se mencionan las más relevantes.

En primer lugar, y como causa principal de mortalidad, se encuentran las enfermedades cardiovasculares y, sobre todo, los accidentes cerebro-vasculares. La arteriosclerosis es la enfermedad más frecuente en la vejez. Puede manifestarse tanto en el corazón, en forma de coronariopatía que da lugar a un infarto, como en el cerebro, ocasionando un síndrome cerebro-vascular (dolor de cabeza, vértigo, mareos, pérdida de memoria y otros síntomas), ya sea de forma transitoria o en la forma más grave de trombosis o hemorragia. También puede ser de localización abdominal, afectar al riñón o a las extremidades. Entre los factores de riesgo predisponentes a las enfermedades anteriores están: el aumento de grasa en la sangre (sobre todo de colesterol), el aumento de tensión arterial, la obesidad, el estrés, la vida sedentaria, el tabaco, el alcohol, la diabetes y el ácido úrico. En Segundo lugar en importancia están los procesos neoplásicos (tumores). En tercer lugar se encuentran los traumatismos, que producen con gran frecuencia fracturas en las personas de edad. Parece que es la osteoporosis la principal causa de que las caídas de los ancianos les produzcan tantas fracturas. Finalmente, como ya se mencionó, la mala alimentación juega un papel fundamental en la salud de las personas mayores (Sánchez y Ramos, 1982). El dolor articular y la falta de movimiento son condicionantes del uso excesivo de analgésicos que así mismo condicionan alteraciones gastrointestinales graves.

Con la edad aumentan los problemas de salud, particularmente los padecimientos crónicos y que producen incapacidad, pero esta mayor demanda de servicios usualmente se cubre en niveles más complejos de atención. La falta de promoción de programas de salud para el anciano hace que muchos hombres entre los 45 y 64 años mueran a causa de cirrosis, obesidad y otras enfermedades degenerativas (Ozawa, 1994).

Los médicos saben, teóricamente, que las condiciones de vida de los casos clínicos influyen mucho en el resultado, en la eficacia de los tratamientos prescritos y que, a su vez, el tratamiento eficaz, bien llevado por el paciente puede mejorar el nivel de calidad de su vida.

2.1.4 Uso de Medicamentos en el Anciano

Con la edad, el cuerpo sufre modificaciones en su composición global; éstas poseen importantes implicaciones para el régimen alimenticio y la medicación (Mishara y Riedel, 1986).

Numerosas personas de edad toman al menos un medicamento. Algunos fármacos como los diuréticos (que aumentan las secreciones urinarias) provocan una pérdida excesiva de vitaminas y de sales minerales y ocasionan un déficit en tiamina y en potasio. Asimismo en el curso del envejecimiento cambia también la eliminación de los sólidos y de los fluidos. Debido a que en los ancianos disminuye la cantidad de alimentos que se consumen, su frecuencia de eliminación es menor, lo cual puede producirles preocupación y propiciar que consuman inútiles laxantes, tratando de "normalizar" su frecuencia de evacuación (Mishara y Riedel, 1986).

Algunas sustancias resultan eliminadas del sistema sanguíneo gracias a la acción metabólica del hígado, y otras por las funciones renales. Pero entre los 20 y los 80 años los riñones y el hígado pierden aproximadamente el 35% de su eficacia, lo que tiene una incidencia importante en el efecto de ciertos medicamentos cuando son administrados a las personas de edad (Mishara y Riedel, 1986).

Una de las características que suelen presentar los ancianos es la polifarmacia, debida en parte a la influencia de los medios masivos de comunicación, la radio, la televisión, y los periódicos que recomiendan un producto con fines comerciales, promoviendo su uso sin que se busque asesoría médica. Asimismo la accesibilidad a medicamentos sin receta como analgésicos facilitan o promueven su uso inapropiado. Otra característica es la polipatología, la cual obliga con frecuencia a tomar simultáneamente varios medicamentos, siendo esto recomendado muchas veces por el propio médico (Martínez Arronte, 1989). En residencias asociadas a hospitales el anciano puede ser manejado por múltiples especialistas, los cuales prescriben medicamentos para las alteraciones orgánicas que individualmente encuentran, resultando en el uso simultáneo de varios medicamentos sin considerar su posible interacción (Romero y cols., 1987).

En la Farmacología Geriátrica es importante que se reconozcan las interacciones de los fármacos, ya que al administrar varios de éstos se debe conocer si se presentan efectos

resultantes de la acción de un fármaco con otro, en algunos casos se suman o potencian algunos efectos y en otros se reduce el efecto deseado (Martínez Arronte, 1989)

Los fármacos pueden tener algunos efectos colaterales, como cambios en la marcha y el equilibrio que pueden producir caídas en el anciano. Otros medicamentos pueden ocasionar visión borrosa, delirios, deterioro intelectual y/o reducción de la atención, estos efectos han sido descritos con el uso de los medicamentos tanto en adultos como en ancianos; sin embargo su frecuencia es mayor en estos últimos debido a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que los caracterizan (Martínez Arronte, 1989)

La desnutrición puede alterar la farmacocinética de algunos fármacos y aumentar su acción. Algunos ancianos se quejan de alteraciones en el sabor produciendo como consecuencia falta de apetito (Martínez Arronte, 1989).

Es por todo lo anterior que el uso de fármacos puede disminuir o aumentar la calidad de vida de los ancianos dependiendo del uso que se les de.

2.1.5 Sexualidad en la vejez.

En lo referente a la sexualidad, se observan cambios en los ovarios de la mujer que la imposibilitan para el embarazo y suprimen los ciclos menstruales. En el hombre hay alteración de conductos seminíferos, aunque éstos continúan produciendo espermatozoides (Sánchez y Ramos, 1982).

Si bien, resulta obvio que las irreversivas y progresivas transformaciones biológicas correspondientes al proceso de envejecimiento afectan al comportamiento sexual de modo directo (falta de estimulación, eyaculación más rápida en los hombres, lubricación más lenta y deficiente en la mujer, etc.) o de forma indirecta (falta de flexibilidad corporal, problemas cardiovasculares, etc.), ha sido ampliamente verificada la permanencia de la vitalidad fisiológica sexual prácticamente hasta la muerte (Fericgla, 1992).

En los estudios de Masters y Johnson sobre los mecanismos biológicos de la sexualidad queda comprobado que la función sexual no se detiene a la edad de 50, 60, 70 o más años; que ningún factor fisiológico relacionado con el proceso normal del envejecimiento implica necesariamente una pérdida absoluta del impulso sexual, ni en el hombre ni en la mujer (Fericgla, 1992).

Sin embargo, Masters y Johnson (Mishara y Riedel, 1986) proponen seis factores que explican el debilitamiento de la respuesta sexual con la edad.

1. La monotonía de las relaciones sexuales repetitivas.
2. Las preocupaciones de orden profesional o económico.
3. La fatiga psicológica y física.
4. El abuso de la comida y el alcohol.
5. Las enfermedades físicas y psicológicas agravadas por los malos consejos de los médicos
6. El temor al fracaso sexual asociado a uno u otro de los cinco factores precedentes o a sus efectos.

La mayoría de los investigadores coinciden en afirmar que la regularidad de las relaciones sexuales constituye el mejor medio de conservar la potencia sexual hasta una edad avanzada.

Sin embargo, la mayoría de las sociedades niega la sexualidad de los ancianos y los concibe como seres carentes de impulsos sexuales. En consecuencia, los ancianos, más por influencia ambiental que por sus propios impulsos biológicos, terminan por aceptar su pasividad sexual como pauta de conducta normal (Fericgla, 1992).

Hasta ahora poco es lo que se conoce sobre la vida sexual en las residencias de ancianos, ya que esta conducta es muy autolimitada por sus propias características sociales y culturales, por lo que es aún más difícil pensar que ésta pudiera existir dentro de dichas residencias.

Por su parte, las residencias se ven obligados a elegir al menos entre cinco líneas aceptables de conducta (Mishara y Riedel, 1975):

1. La institución puede adoptar una política de no-intromisión, considerando que las relaciones sexuales conciernen únicamente a la pareja, siendo parte de la vida privada y quedando, por ello, bajo su responsabilidad.
2. La institución puede adoptar una política permisiva, dejando a libre elección de la pareja el tener relaciones, pero anteponiendo la ideología cultural, para así alentar o desalentar la actividad sexual
3. La institución puede actuar *in loco parentis*. En este caso, son los hijos quienes deciden si sus padres continuarán o no su actividad sexual al ingresar a la residencia.

4. La institución puede considerar la satisfacción sexual de los internados como un importante medio de comunicación y como una actividad adecuada para humanizar la vida en la residencia
5. La institución puede tratar de reglamentar la vida sexual de los residentes por considerarla anormal.

2.2 ASPECTO PSICOLÓGICO.

El envejecimiento es un aspecto normal del proceso de desarrollo que abarca no sólo pérdidas fisiológicas inevitables, sino también la posibilidad de un crecimiento y una adaptación positivos continuados. Considerando que los seres humanos de todas las edades poseen la capacidad de enfrentarse a la vida abiertamente y con alegría. El fracaso con respecto a lo anterior puede incrementar la posibilidad de depresión, enfermedad física y hasta suicidio (Gaylor y Zung, 1989).

2.2.1 Teorías psicológicas del envejecimiento.

Las teorías psicológicas que se han propuesto abarcan diversos aspectos de desarrollo, adaptación, satisfacción y aprendizaje que suceden durante este proceso (Camacho y Lazcano, 1988). A continuación se hará una descripción general de éstas teorías:

- Teorías del desarrollo.
- Teorías que se adaptan para explicarla senescencia.
- Teorías sobre el envejecimiento satisfactorio.
- Teorías del aprendizaje.

2.2.1.1 Teorías del desarrollo.

Aquellas que explican todas las etapas del envejecimiento desde la infancia hasta la senectud. Las teorías que hablan de la senescencia son las neopsicoanalistas, como son la epigenética, la de Allport, la de Peck o la de la intencionalidad de Bühler. Además, la teoría

de Kurt Lewin, que considera a esta etapa como menos versátil que las demás en cuanto al comportamiento (citadas por Camacho y Lazcano, 1988).

2.2.1.2 Teorías que se adaptan para explicar la senescencia.

Manejan aspectos interesantes a nivel psicobiológico tanto la teoría de la comunicación y la teoría organística; mientras que la teoría de los roles describe el decremento de los papeles activos del individuo al llegar a la senescencia.

2.2.1.3 Teorías sobre el envejecimiento satisfactorio.

Se menciona un solo aspecto del envejecimiento, el ajuste emocional, el cual va a depender de la personalidad del individuo y de sus circunstancias específicas. Entre éstas se encuentran la teoría de la actividad, la teoría de la desvinculación y la teoría del síndrome de la reconstrucción social.

2.2.1.4 Teorías del aprendizaje.

Mencionan que durante la senectud existen menos reforzamientos sociales y ambientales los cuales evocan un menor rango de conductas adaptativas en los individuos. Algunos ejemplos son la teoría de Guthrie, la teoría de la percepción, la teoría de la transferencia del aprendizaje y la teoría de la inhibición retroactiva y proactiva,

2.2.2 Características psicológicas del envejecimiento.

Desde el punto de vista de la psicología, la vejez es una etapa de desarrollo donde surgen muchos cambios en el estado de ánimo y durante la cual se busca nuevamente una adaptación a la situación que se vive en ese momento.

El anciano se ve en la necesidad de adaptarse a cambios biológicos, psicológicos y sociales del proceso de envejecimiento, así como a una forma de vida de acuerdo a sus condiciones, capacidades y medios. Estos cambios pueden generar modificaciones en el aspecto cognoscitivo y emocional.

En la esfera cognoscitiva, los cambios que se presentan con mayor frecuencia, son en la memoria, la inteligencia y la capacidad de aprendizaje, siendo generalmente el resultado de la interrelación de factores físicos y emotivos (Lara de Santiago, 1984).

El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo. Los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal son selectivos y no llegan a afectar a todas las funciones cognitivas en general, a diferencia de los que ocurren en la demencia primaria. Los aspectos neuropsicológicos más intensamente estudiados son los que se producen en el terreno de la memoria, el lenguaje y las funciones sensoriomotoras (Jódar, 1994).

De las aportaciones más relevantes que se han dado es que las funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas son las más vulnerables a los efectos del envejecimiento, mientras que las funciones lingüísticas se hallan mejor conservadas (Jódar, 1994).

Al envejecer todas las experiencias y comportamientos se hallan determinados o influidos por procesos psicológicos, es decir, los cambios sensoriales y perceptivos, la memoria y la inteligencia, la metacognición, la creatividad, las emociones, la motivación y los cambios de personalidad (Mishara y Riedel, 1986).

Se observa una reducción en la capacidad de recibir y tratar las informaciones concernientes al entorno. Los cambios perceptivos (vista, oído, gusto, olfato) se suman a las dificultades de interacción entre el anciano y su medio (Mishara y Riedel, 1986).

De la misma manera que las dificultades sensoroperceptivas aumentan con la edad, las relaciones con el empleo de los datos sensoriales en la realización de una tarea que exige rapidez y coordinación se incrementa también (Mishara y Riedel, 1986).

En lo que se refiere a la memoria, las pérdidas más importantes parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales. La memoria a corto plazo ha sido a menudo estimada como víctima del envejecimiento, mientras que la memoria a largo plazo es considerada como menos afectada (Mishara y Riedel, 1986).

La inteligencia, tal como la definen los test, disminuye con la edad. Sin embargo, este punto se encuentra en controversia, ya que, si bien es cierto que la diferencia existe, no se puede decir que todas las personas de edad tengan una menor inteligencia, y las

diferencias que han podido apreciarse entre sujetos jóvenes e individuos más viejos se han revelado ligados a diversos factores externos (Mishara y Riedel, 1986).

En lo que se refiere a cuestiones de afectividad se puede decir que la información se encuentra muy limitada. Aunque la afectividad ocupa un lugar importante en la psicología, los trabajos de gerontología la mencionan muy poco. Sin embargo, se evoca todo un conjunto de imágenes poco halagadoras que representan a las personas de edad como difíciles, irritables y a menudo desagradables o de humor melancólico. De la misma manera son frecuentes en las personas de edad la depresión (que es un estado afectivo tanto como un síndrome) y el humor lábil (humor cambiante). Hasta ahora no existe prueba alguna de que la vida afectiva de los ancianos sea mejor o peor que la de los individuos más jóvenes (Mishara y Riedel, 1986).

En el proceso de adaptación, los fenómenos psicológicos que con más frecuencia aparecen en el anciano son la ansiedad, la angustia, la depresión y la hipocondría, fenómenos todos ellos desencadenantes de neurosis. Todo lo anterior puede finalmente disminuir la posibilidad de logro, de gratificaciones corporales, psicológicas, económicas y principalmente sociales (Lara de Santiago, 1984).

La autoestima del anciano se ve deteriorada al ser considerado por la sociedad como un ser improductivo y con muchas limitaciones, propiciando que él mismo adopte estas actitudes mostrándose débil, demandante de afecto y atención y, por lo tanto más dependiente de lo debido y en muchos casos hasta agresivo.

El campo de las relaciones interpersonales se ve afectado por todas las condiciones que están provocando cambios en el individuo (Lara de Santiago, 1984). Por ejemplo, el jubilarse implica para el anciano una ruptura en las relaciones establecidas con sus compañeros de trabajo; también el estado socioeconómico, el lugar donde se habita y sobre todo la salud, son factores que modifican la posibilidad para mantener los contactos sociales.

La disminución progresiva de las facultades físicas, de relaciones interpersonales y pensamiento sobre la cercanía de su muerte, son elementos que generan angustia, temor y ansiedad sobre la personalidad del anciano (Lara de Santiago, 1984).

Las alteraciones fisiológicas pueden causar en el anciano depresión, provocándole disforia, pérdida de interés, insomnio, pérdida de apetito y de la libido, falta de energía y

fatiga fácil, apatía, falta de motivación, preocupación, angustia por la salud, desconfianza en sí mismo y en sus capacidades, sin que esto signifique que esté presente un trastorno psiquiátrico específico (Gaylor y Zung, 1989; Cuevas, 1992).

Los trastornos de depresión mayor, esquizofrenia, psicosis paranoide y estados de ansiedad pueden iniciarse a edad avanzada, pero a excepción de los trastornos mentales orgánicos crónicos degenerativos, los demás trastornos psiquiátricos no son más frecuentes en los ancianos (Cuevas, 1992).

Los trastornos orgánicos demenciales (por ej.: la degeneración orgánica senil, la Enfermedad de Alzheimer y de Pick), son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en adultos en edad geriátrica. Son trastornos con base orgánica en los cuales se presenta un daño al tejido cerebral de tipo degenerativo crónico. Los rasgos generales de este grupo de padecimientos son: la alteración transitoria o permanente de la función cerebral y las anomalías psicológicas y conductuales asociadas. Los síntomas centrales en los trastornos demenciales son los relacionados con la pérdida de capacidades intelectuales, la cual se presenta paulatinamente hasta llegar a interferir con el funcionamiento social y laboral (Cuevas, 1992).

Al evaluar la esfera psicológica es importante considerar que el anciano tiene una percepción propia de su entorno, y lo que parece para él ser o no satisfactorio puede valorarse por otras personas de manera distinta.

2.3 ASPECTO SOCIAL

El papel que los ancianos han jugado dentro de los grupos sociales ha variado dependiendo de cada cultura. Es notorio que en algunas, como ya se mencionó anteriormente, los ancianos jugaban un papel importante dentro de los grupos, sin embargo en algunas culturas los jóvenes los maltrataban hasta el grado de esclavizarlos o matarlos.

Entre todas las edades la social es la más determinante. Es aquella que la comunidad cree que el anciano tiene y a la cual adaptan sus comportamientos hacia él. La sociedad ha sido históricamente injusta con el anciano, manteniéndolo al margen como si fuera un extraño, con grandes riesgos para él mismo, mientras es incapaz de sostenerlo, desperdicia sus experiencias y relega su actividad creadora. Al verse privado de esos recursos, el

anciano se sumerge en un sentimiento de amargura e inutilidad, de ahí que la reforma de su imagen en la sociedad sea indispensable (Ozawa, 1994).

2.3.1 Teorías sociales del envejecimiento.

Algunas teorías sociales sobre el envejecimiento abarcan el rol que juega el anciano dentro de la sociedad y el rol que esta misma le designa. Algunas de estas teorías son:

- Teoría del fin de papeles.
- Teoría de la actividad.
- Teoría de la desvinculación.
- Teoría de la desvinculación diferencial.

2.3.1.1 Teoría del fin de papeles.

Describe a la senectud como un período en el que finalizan varios roles (y en el cual es necesario encontrar sustitutos de ellos). La terminación de los roles describe sólo una parte del proceso, ya que ha de tratar de adaptarse a las pérdidas y encontrar nuevos intereses (Craig, 1988).

2.3.1.2 Teoría de la actividad.

El patrón de aislamiento es el resultado de la separación de la sociedad respecto al anciano. Los ancianos permanecen muy satisfechos con la vida si siguen activos y participan en actividades sociales, resistiendo los efectos aisladores de las actividades sociales hacia ellos (Tartler, 1961).

2.3.1.3 Teoría de la desvinculación

Concibe el proceso del envejecimiento como una separación mutua del individuo respecto de la sociedad y de ésta respecto al individuo (Cumming y Henry, 1961).

2.3.1.4 Teoría de la desvinculación diferencial.

Surge como una teoría psicosocial que pretende una solución entre la teoría de la actividad y la de la desvinculación. Reconoce a la vez las disminuciones propias de la edad

y la necesidad de permanecer activo y comprometido con la vida durante la vejez (Sánchez y Ramos, 1982).

2.3.2 El anciano y la familia.

En la sociedad actual predomina la familia nuclear (padres e hijos), ya que es la conveniente de acuerdo a las necesidades económicas y sociales; sin embargo esto desmorona la familia tradicional de tres generaciones (abuelos, padres e hijos) (Sánchez y Ramos, 1982).

Es por ello que el que más sufre las consecuencias es el anciano, ya que pierde el papel social que desempeñaba dentro de la familia, quedando relegado a un segundo plano, en ocasiones aislado y solo. Es frecuente también que se convierta en un estorbo para la familia y, por ello, se tome la decisión de ingresarlo en una residencia.

La mayoría de los ancianos no desean vivir en instituciones y muchas familias tampoco desean llevar a sus padres allí. Los ancianos creen que ello significa un profundo sentimiento de rechazo de parte de los hijos y éstos generalmente llevan a sus padres con renuencia, disculpas y un gran sentido de culpabilidad.

El envejecimiento suele traer consigo un menor número de oportunidades dentro de la sociedad. Existe restricción en los espacios sociales para los viejos, a lo cual contribuyen la jubilación o la muerte de amigos y parientes, así como una disminución en la posibilidad de asociarse a otros. Los problemas económicos y las enfermedades pueden provocar que el ámbito vital de los ancianos se reduzca mucho, propiciando el aislamiento social (Mezey, 1984).

El aislamiento social puede definirse como la disminución considerable o la supresión de los contactos sociales con otras personas. Una de las causas del aislamiento social es la separación de los hijos y otros miembros de la familia (Sánchez y Ramos, 1982).

De acuerdo con González Aragón, los estudios científicos más recientes han demostrado que la prevención de la soledad es una de las facetas de la personalidad que cambia considerablemente con la edad, y que para el anciano representa una enfermedad muy grave que lo deprime y desampara. La incompreensión de los familiares en torno de las costumbres de las personas de edad avanzada, las obliga al aislamiento (Ozawa, 1994).

La investigación muestra el hecho de que las relaciones familiares de los ancianos son importantes; para muchas personas mayores, las relaciones familiares son la llave para recibir apoyo y negociar las demandas diarias (Molano, 1994).

La sólida estructura familiar del mexicano, permite al anciano, cuando se encuentra integrado a ésta, el seguir desempeñándose en diferentes contextos permitiendo así que no disminuya su personalidad y que no se vean alterados sus afectos personales.

En suma, es necesario que la atención a los ancianos cuente con la colaboración del gobierno, pero igualmente de la sociedad, de la familia y del anciano mismo.

2.3.3 La pareja en la vejez y la etapa de viudez.

La vida en pareja inicia frecuentemente al estabilizar una relación para formar una familia, que algunos investigadores señalan como inicio del ciclo de vida familiar, sin embargo, se considera que existen pocos estudios que evalúen adecuadamente el desarrollo de este ciclo en su etapa final.

La última etapa de la vida en pareja comprende la reintegración del marido a la casa, que reemplazará a partir de entonces a su trabajo, lo cual supone una participación mayor en la vida familiar. Posterior a esta etapa, alrededor de los 77 años de edad inicia una fase de mayor fragilidad y de adaptación a la viudez.

Las parejas que continúan juntas a sus 60 años de edad tienen más posibilidad que las parejas en edad mediana de sentirse realizadas en su matrimonio.

La capacidad de la pareja de mantener los altibajos de la vejez con relativa serenidad puede ser el resultado de su mutua tolerancia, que a su vez, refleja tres ventajas importantes que confiere el matrimonio: intimidad (tanto sexual como emocional), interdependencia (compartir tareas y recursos) y un sentido de pertenencia recíproca (Papalia y Wendkos, 1992).

La decisión de divorciarse suele darse en los primeros años del matrimonio y las parejas que permanecen juntas a pesar de las dificultades, con frecuencia son capaces de resolver sus diferencias y a la larga tienen relaciones más estables.

Las personas de 50 a 79 años que se divorcian tienen más problemas para adaptarse a los cambios que las de 20 a 49 años, y el grupo de mayor edad tiende a tener menos esperanzas en el futuro (Chitiboga, 1982). Los divorciados y casados, expresan una

satisfacción familiar mucho mayor que los viudos o los que nunca se casaron. Los hombres divorciados se sienten menos satisfechos con los amigos y sus actividades extralaborales que otros, pero esto no ocurre con las mujeres.

La viudez es muy general en los últimos años de la vida y se convierte en una carga más difícil de llevar por parte de las mujeres, esto se debe en gran parte a que tienden a vivir más que los hombres y usualmente se casan con hombres más grandes que ellas.

El viudo sobreviviente de un matrimonio de varios años enfrenta un sinnúmero de problemas emocionales y prácticos, si el matrimonio fue bueno hay un gran vacío emocional: se ha perdido un amante, un confidente, un buen amigo y un compañero constante. Incluso en un mal matrimonio la pérdida se siente.

Las personas que parecen adaptarse mejor a la viudez son quienes se mantienen ocupadas, desempeñan nuevos papeles o participan en actividades que ya conocían.

Las viudas que viven más solas son las que tuvieron pocos o ningún hijo, que tienen problemas de salud, que perdieron a sus esposos inesperadamente o a una edad relativamente joven, que han quedado viudas por menos de seis años o que tienen pocos amigos y pocas actividades sociales (Lopata y cols., 1982).

La calidad de las relaciones de quien ha enviudado puede ser más importante que la frecuencia con que se den esos contactos sociales.

2.3.4 Las amistades en la tercera edad.

A pesar de que los miembros de la familia brindan un apoyo emocional más seguro, los ancianos dicen disfrutar más el tiempo que pasan con sus amigos que con sus familiares (Papalia y Wendkos, 1992).

Muchos ancianos tienen amigos íntimos, y los que participan activamente en círculos de amigos se sienten más satisfechos en la vida. Los amigos suelen vivir cerca, ser del mismo sexo, mismo estado civil, misma raza, mismo nivel socioeconómico y casi de la misma edad (Papalia y Wendkos, 1992).

Los que han enviudado o se han jubilado antes que sus amigos, llevan con frecuencia una vida social más limitada. Quienes han enviudado se sienten incómodos con otras parejas, y quienes han dejado de trabajar ven que sus amigos no están disponibles en el día (Papalia y Wendkos, 1992).

Aquellas personas de edad avanzada que en la edad adulta se caracterizaron por su capacidad de líderes afirman que, aún después de jubilarse, no tienen tiempo libre y que por el contrario, se ocupan de numerosas actividades sociales y voluntarias. Mientras que aquellas personas que en la edad adulta han vivido un cierto aislamiento tienden a mantener esa forma de vida cuando llega la vejez (Zenil, 1976; Mezey, 1984).

Los ancianos suelen perder a sus amigos a causa de la muerte o pueden tener menos posibilidades de estar con ellos por razón de enfermedades o discapacidades.

La intimidad es especialmente importante para los ancianos que desean verse valorados y necesitados a pesar de los achaques y otras pérdidas. Con frecuencia, los amigos y vecinos suelen remplazar a los familiares que viven lejos. Los que tienen relaciones cercanas y estables con sus amigos a quienes pueden confiar sus pensamientos y sentimientos íntimos, con los que pueden hablar sobre sus preocupaciones y dolencias, se enfrentan de mejor manera a los cambios y crisis de la vejez (Genevay, 1986; Lowenthal y Haven, 1986).

Los resultados obtenidos en diversas investigaciones demuestran una relación positiva entre el apoyo social proveniente de amigos y el "sentirse bien" mental y físicamente. Al mismo tiempo, el hecho de tener amigos y por consiguiente, ser un amigo, contribuye a elevar el estado de ánimo y a aumentar la satisfacción en la vida durante la vejez (Adams y Blieszner, 1990).

2.4 ASPECTOS ECONÓMICOS

El factor económico se configura como un parámetro de riesgo, generador de numerosos conflictos personales, conyugales, familiares y sociales.

Ciertamente que el dinero no resuelve todos los problemas de los ancianos, pero el tener un nivel de ingresos suficiente dignifica su propia imagen, haciendo en muchos casos más soportables las cargas de la edad y las amarguras del envejecimiento.

El salario constituye para la gran mayoría de la gente, el único sustento, siendo la pensión la principal fuente de ingresos al jubilarse.

Muchos ancianos se preocupan bastante por el dinero, algunos viven de entradas fijas, pero con los aumentos de precios su dinero pierde la capacidad de compra que tenía al momento de la jubilación (Papalia y Wendkos, 1992).

La mayoría de las veces, cuando el ingreso económico es insuficiente, provoca estados de marginación y situaciones en las que los jubilados y las viudas ancianas viven con lo mínimo.

Los ancianos que viven solos o con personas que no son sus familiares tienden a estar económicamente peor que aquellos miembros de casas de familia (Papalia y Wendkos, 1992). Sin embargo, suele suceder que los que disponen de la pensión del anciano son sus familiares impidiéndole que satisfaga por sí mismo sus propias necesidades.

Muchos ancianos enfrentan la pobreza por primera vez en su vida. Cuando jóvenes ganaban lo suficiente para satisfacer sus necesidades. Ahora no pueden trabajar y la inflación ha mermado sus ahorros y pensiones. Muchos enfermos o inhabilitados han vivido de sus ahorros mientras sus cuentas médicas van en aumento (Papalia y Wendkos, 1992).

En otras situaciones las personas de edad pueden percibir ingresos adicionales provenientes de la ayuda familiar, rentas patrimoniales, herencias, producción propia de bienes y otras fuentes de índole privada.

En los casos en que el anciano sufre de insuficiencia económica, si se piensa que lleva una vida normal, debe suponerse que tiene un lugar donde vivir, y que esto representa gastos en los que tiene que tomar en cuenta muchos factores como la alimentación, vestido, mantenimiento del hogar, teléfono, electricidad y muchos otros. Para poder hacer esto, los ancianos tienen que "estirar" su pensión lo cual puede provocar que descuiden aspectos importantes facilitando que se den accidentes o padeciendo como consecuencia enfermedades, malnutrición, deterioro de su imagen, etc.

Quizá finalmente encuentren una adaptación a tal estrechez económica. Pero si se suman estos hechos a los del cambio de personalidad y psiquismo, destacando en este sentido el de la acentuación de ciertos caracteres negativos (inseguridad, tacañería, egoísmo, etc.) se puede comprender cómo y porqué pueden desarrollar, tan fácilmente trastornos psicológicos (depresión sobre todo) ante cualquier estrés del entorno.

Además de las repercusiones económicas propias de la jubilación, debemos tener presentes sus implicaciones sociales por la influencia del entorno inmediato: menor poder de consumo, aislamiento, marginación y aparición de costumbres anómalas, lo que altera su rol de vida (Caballero García, 1989).

Cuando la edad cronológica se incrementa o bien aparece el estado de viudez, estas condiciones resultan menos soportables, por lo que de manera voluntaria o bien por decisión familiar, se solicita la institucionalización en una residencia para ancianos u otra forma de ayuda social comunitaria (Caballero García, 1989).

CUADRO SINÓPTICO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DURANTE LA VEJEZ

FACTORES	FÍSICA	BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA	SOCIAL	ECONÓMICA
PIEL	Arrugas y resequeidad	Pérdida de tonicidad			
CABELLO	Encanecido y menos abundante				
UÑAS	Crece rápidamente, se curvan y cambian de espesor				
TALLA	Disminución de talla, encurvamiento				
MASA MUSCULAR	Disminución de la masa muscular	Pérdida de tono muscular			
VISTA	Disminución en el brillo de la mirada	Disminución en la capacidad de enfoque y en la agudeza visual. Presencia de cataratas	Se produce aislamiento por la disminución en las funciones de la vista, oído y gusto		
OÍDO	Disminución en la agudeza auditiva o sordera.				
GUSTO		Disminución en la percepción de sabores y por tanto del apetito, malos hábitos alimenticios y problemas bucales			Los bajos ingresos que percibe el anciano no le permiten tener una dieta adecuada.
CAPACIDAD MOTORA	Movimientos lentos, fatiga rápida y movimientos finos imprecisos		Disminución de habilidades para realizar actividades que requieren rapidez y coordinación, por lo que surgen sentimientos de inadecuación e inutilidad		
TEMPERATURA		Baja temperatura corporal			
SUEÑO		Ciclos de sueño más cortos, presentándose más veces durante el día y por las noches algunos presentan insomnio.			

RESPIRACIÓN		Dificultad para introducir y expeler aire de los pulmones.			
ENFERMEDADES Y TRASTORNOS	Fracturas, traumatismos, luxaciones	Cardiovasculares, cerebrovasculares, arterioesclerosis, enfermedades del riñón, tumores, osteoporosis, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, hipotensión, diabetes, enfermedades de la próstata	Demencias (Alzheimer, Pick), hipocondría. Pueden iniciarse en esta edad los trastornos de depresión mayor, esquizofrenia, psicosis paranoide y estados de ansiedad		La presencia de enfermedades hace que destine gran parte de sus ingresos al pago de servicios médicos y medicamentos. Asimismo los problemas económicos pueden propiciar inseguridad, tacañería o egoísmo, estrés o depresión.
MEMORIA			La memoria a corto plazo se ve disminuida, mientras que a largo plazo es mejor		La disminución de la memoria hace que se dificulte el manejo de dinero, llegando en ocasiones a perderlo.
INTELIGENCIA			De acuerdo a como es medida por los test, esta se ve disminuida por la edad, sin embargo esto es controversial, ya que esto es reflejo del cambio de habilidades, sobre todo de tipo motor.		
ESTADO DE ÁNIMO			Los ancianos suelen tornarse difíciles, irritables, de humor melancólico y cambiante, ansiosos y angustiados, con pérdida de interés y motivación.	Percibe rechazo por parte de los hijos, cuando se tiene la necesidad de ingresarlo a una residencia	Pueden mostrarse preocupados por no poder solventar sus gastos más apremiantes.
AUTOESTIMA			Se ve deteriorada tanto por la sociedad como por sí mismo. Muestra poca confianza en sí mismo y en sus capacidades.		

RELACIONES INTERPERSONALES			El anciano experimenta aislamiento y soledad ante la pérdida de contactos sociales. Convivir con la familia permite al anciano seguir sintiéndose útil y satisfecho.	Menor número de contactos sociales, debido a la jubilación, muerte de amigos y familiares, problemas económicos o enfermedades.	El anciano tiene que abstenerse de destinar dinero a actividades recreativas y de convivencia con amigos, ya que esto merma sus ingresos y por tanto se aísla.
ROL				Estar integrado a su familia permite al anciano seguir desempeñando un rol social, sin que disminuya su personalidad ni sus afectos sociales. Al ser institucionalizado siente que pierde el papel que desempeñaba dentro de la familia y de la sociedad	
INGRESOS					Principalmente provienen de pensiones, ayuda familiar, rentas patrimoniales, herencias, producción propia de bienes.

CAPÍTULO III

INFLUENCIA DE LA JUBILACIÓN Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LOS ANCIANOS

3.1 JUBILACIÓN

La jubilación es la etapa en la que el sujeto se retira de sus actividades laborales después de haber trabajado un mínimo de años y teniendo una edad establecida por ley, recibiendo una pensión hasta su muerte.

3.1.1 ALGUNOS ANTECEDENTES DE LA JUBILACIÓN

Anteriormente, se trabajaba mientras el estado de salud lo permitía, los que no podían hacerlo eran asistidos por familiares y, cuando estos no podían mantenerlos eran asistidos por instituciones públicas o privadas.

La vejez estaba marcada no por la edad, sino por la incapacidad física de seguir trabajando, dirigiendo o llevar una vida social y política.

Actualmente, la vejez esta determinada legalmente por la edad cronológica no por el estado de salud. Que sea capaz de trabajar, que tenga ideas claras, que desee y pueda seguir con su actividad anterior son condiciones que no se toman en cuenta

El primer antecedente del concepto jurídico de vejez se encuentra al establecer un sistema de pensiones para la jubilación en la Legislación de Bismarck, en Alemania. Posteriormente la Legislación de Roosevelt, en Estados Unidos, estableció un sistema de seguridad social que abarcaba las pensiones de jubilación pero no la atención médica. Alrededor de los años 70's, del presente siglo, se legislaron medidas para proporcionar a los jubilados con pensiones muy bajas servicios de salud. Después de la Segunda Guerra Mundial se generalizaron los sistemas de seguridad social en los países de Europa Occidental (jubilación y atención médica en todos ellos), y poco a poco en algunos países de América Latina (Buendía, 1997).

Actualmente la jubilación legal se ha ido generalizando en los países industriales y en algunos en vías de desarrollo, por consiguiente la situación de los viejos (jubilados) depende en gran medida de la demografía de cada país y ésta a su vez depende mucho de la situación tecnológica de los mismos.

3.1.2 EFECTOS Y REPERCUSIONES DE LA JUBILACIÓN

Para las personas que trabajan, esta actividad suele representar una parte muy importante de su vida, forma parte de su vida cotidiana. Por ello, la jubilación trae consigo

cambios que vienen a transformar el papel que el sujeto desempeñaba en la sociedad y por lo tanto teniendo que adaptarse a su nueva situación, en donde tendrá más tiempo libre aunque también en muchos casos menos recursos y al mismo tiempo la necesidad de adoptar un nuevo rol. Se tendrá que enfrentar también a la llegada de nuevas enfermedades y a la cada vez más frecuente pérdida de familiares y amigos de la misma generación.

El hecho de que el individuo acepte su nuevo rol y tenga una reacción positiva o negativa depende de varios factores como la salud, posición económica, necesidad del sentimiento de realización, flexibilidad, historia personal y las reacciones de las personas a quienes aprecia (Craig, 1988).

Una consideración importante que repercute en la reacción ante la jubilación es la salud. Muchos ancianos dejan la fuerza de trabajo voluntaria o involuntariamente, a causa de mala salud.

La jubilación no sólo plantea el problema de saber utilizar mucho tiempo libre, sino que suele entenderse también por éste el cese de un trabajo remunerado y el subsiguiente cobro de una pensión o equivalente.

La situación económica es un factor central que afecta al ajuste del jubilado a su nueva vida. Para algunos que no han hecho ahorros ni tienen una pensión, la jubilación es sinónimo de una pobreza permanente. Para la mayoría de la gente, la jubilación no significa una privación económica, pero a menudo exige que aprendan a vivir con una cantidad menor a sus ingresos anteriores.

También los amigos y colegas influyen en la calidad de vida después de la jubilación. Si las personas a quienes se aprecia tienen una actitud positiva ante ella, el individuo esperará con ansia ese día y logrará un ajuste idóneo (Craig, 1988).

Algunos investigadores (Binatock, 1977; Bischof, 1976; Huyck y Hoyer, 1982; citados en: Moraleda, 1995) afirman que los efectos de la jubilación en la personalidad del anciano depende de las circunstancias de cada uno y, sobre todo, de su actitud ante la misma. Así, para algunos, puede ser motivo de satisfacción por haber hecho bien su trabajo y ocasión de tranquilidad y disfrute de la vida. En cambio, esta jubilación puede jugar un papel muy negativo si el individuo ya jubilado ve el retiro como una situación que aminora profundamente su personalidad, ya que ésta lleva a una pérdida de prestigio y a debilitar y romper las relaciones con los colegas de profesión o trabajo.

El sexo del jubilado va unido al ajuste de éste, por ejemplo, en el varón, la jubilación puede ir a la par con la aparición de problemas familiares. Desposeídos de su reino, que era el trabajo diario en el exterior, ahora va a intentar penetrar en el reino exclusivo de su esposa: la casa. Los esposos que no pasaron antes tanto tiempo juntos no saben ahora que decirse ni qué hacer. La mujer, ante las intromisiones del marido en lo que cree que es de su competencia exclusiva, puede reaccionar violentamente ante él con un “ocúpate de tus cosas”. En estas circunstancias, el individuo tiene la sensación de carecer de importancia, de estorbar en todas partes. Así, es posible que se vuelva quisquilloso, sintiéndose desatendido e innecesario para los demás; irritable y paranoide (Moraleda, 1995).

Las cosas suelen ser diferentes para la mujer que nunca ha dejado de estar ligada en el medio familiar ocupándose del cuidado de la casa y de sus hijos, fuera de las horas de trabajo. El equivalente de la jubilación para algunas ancianas es el abandono de los hijos, que ya no tienen necesidad de ella, sintiéndose por ellos desechadas (Moraleda, 1995).

La jubilación no es simplemente una ruptura con el pasado; es una continuación de lo que ha ocurrido antes. Los estilos y patrones de enfrentamiento en la adaptación están bien arraigados en este periodo de la vida. Los que se han ajustado bastante bien a otras transiciones seguramente lo harán adecuadamente a ésta. Los que han llevado una vida activa y dinámica tienen probabilidades de seguir ese estilo de vida en la jubilación. Los que han llevado una vida desordenada, con poco significado, tienden a considerar insatisfactoria la jubilación, incluso hasta deshumanizadora. En cierto modo, la jubilación representa la culminación de los patrones de la vida (Craig, 1988)

Entre los cambios que más afectarán a los ancianos posteriormente a la jubilación estarán, en muchos casos, la baja percepción de ingresos y la menor sociabilización. El decremento en los ingresos obligará al anciano a tener mayores restricciones en sus gastos, ya que las pensiones no suelen ser muy cuantiosas. Por otra parte, dejar de trabajar implica no tener tanto contacto con otras personas como antes, al mismo tiempo que demasiado tiempo libre, lo cual repercutirá importantemente en el estado emocional del anciano.

3.1.3 PREPARACIÓN PREVIA A LA JUBILACIÓN.

La adaptación a la jubilación puede verse favorecida por la preparación previa que el sujeto haya tenido.

Thompson (1977; citado en Craig, 1988) señala que la preparación consta de tres partes:

1. Desaceleración. Conforme transcurren los años, se empieza a cumplir menos rigurosamente las responsabilidades laborales, a fin de evitar una disminución abrupta en la actividad de jubilarse.
- 2 Planeación de la jubilación. Se plantea concretamente la vida que se llevará en la jubilación.
3. Vida de jubilado. El individuo se enfrenta a las preocupaciones referentes al cese del trabajo y piensa en cómo será la vida de un pensionado.

Las recomendaciones de Thompson representarían una medida sana para enfrentar la jubilación; sin embargo, en muchos casos ésta se presenta de manera abrupta, ya que, aún cuando la persona no ha tomado la decisión de jubilarse, diferentes circunstancias obligan a esta situación.

En México, existen instituciones como el IMSS, el ISSSTE, el DIF y el INSEN, que están interesadas en que las personas que se jubilan tengan mejores condiciones de vida, por lo que imparten cursos de preparación para esta etapa.

3.2 INSTITUCIONALIZACIÓN

La institucionalización consiste en el ingreso a una institución, en la que se ocupará una habitación dentro de una construcción y en la que se desarrollan determinadas actividades.

Las instituciones absorben parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporcionan en cierto modo un mundo propio. Las instituciones pueden clasificarse en 5 grupos (Goffman, 1961).

- 1) Instituciones dedicadas a cuidar a las personas que parecen ser incapaces e inofensivas. hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

- 2) Instituciones dedicadas a cuidar a personas incapaces de cuidarse por si mismas
hospitales de enfermos infecciosos, hospitales psiquiátricos
- 3) Instituciones que protegen a la comunidad de quienes representan un peligro
para ella: cárceles, presidios, campos de trabajo y concentración.
- 4) Instituciones con fines laborales: cuarteles, barcos, escuelas de internos
- 5) Instituciones que sirven como refugio o de formación de religiosos. abadías,
monasterios, conventos y otros claustros.

Esta clasificación puede no abarcar todos los tipos de instituciones, sin embargo puede ser de utilidad ya que muestra un panorama general de los tipos de instituciones. Para los fines del presente apartado se estudiará únicamente lo referente a las instituciones dedicadas al cuidado de ancianos llamadas residencias.

El estudio de este tipo de instituciones es de gran importancia ya que permitirá tener mayores conocimientos sobre las características tanto de las residencias como de la vida de los ancianos en estas y las posibles repercusiones en cada área de desarrollo; dando paso a la mayor capacitación de profesionales para la atención de los ancianos y poder implementar programas de intervención tanto previos como posteriores a la institucionalización.

3.2.1 Antecedentes de las Residencias para ancianos en México

Las residencias de ancianos se crearon en México como se han formado otras en cualquier parte del mundo, copiando el patrón que otras sociedades establecieron. El momento de su aparición es el mismo en que el fenómeno social del viejo es significativo como para atender las necesidades que ya no pueden ser cubiertas por la familia: en sus orígenes el anciano se quedaba desamparado por la desaparición de los familiares. Antiguamente esto no significó un problema social importante, se resolvía de cualquier manera. El anciano desamparado era recibido por la parroquia del lugar, asistido por una familia acomodada, internado en algún hospital, o en algunos casos era encontrado muerto en el lugar donde habitaba. Conforme aumentaba el número de ancianos estos hechos se multiplicaban y salieron a la superficie de la conciencia social; en México es la figura religiosa a quien más se dirigen en busca de misericordia porque las autoridades civiles,

militares y políticas no manejaban estos conceptos, sus presupuestos eran pocos y no podían distraer su atención en las necesidades de esta población.

Es así como aparecen en México los primeros Asilos a cargo de algunas religiosas. El dato más antiguo es la llegada de una congregación denominada Hermanitas de los Ancianos Desamparados, provenientes de España, en el año de 1899. Poco tiempo después surgió una segunda fundación a la que llamaron "El Buen Retiro del Salvador", con el mismo grupo de religiosas.

Al paso del tiempo, en 1901, y con la llegada a América de otro grupo de religiosas, se llevó a cabo en México, D.F. la tercera fundación, conocida como la "Beneficencia Española". A partir de entonces, se fundaron más asilos incluso dentro de los Estados de la República Mexicana.

En los últimos años ha surgido una corriente para cambiar el nombre de los asilos, por lo que de ser "Asilo para Ancianos" se cambió al nombre de "Hogar para Ancianos". luego "Casa Hogar para Ancianos", quitándoles después el calificativo "para ancianos", quedando simplemente el nombre de "Hogar...", aduciendo a un santo, a un benefactor o al fundador de la agrupación religiosa a la que pertenece; últimamente se les ha llamado "Residencias", "Villas" o "Casas de Reposo".

Se ha concebido a la residencia geriátrica como el elemento básico para el sistema asistencial de beneficencia, como el centro de acogida y retiro para personas de edad avanzada que necesitan cuidados o se anticipan a la necesidad de estos, teniendo en cuenta que esto los llevará a la ruptura con su entorno natural.

Aunque las instituciones geriátricas han sido muy criticadas, el progresivo envejecimiento de la población y el incremento de ancianos de edad especialmente avanzada, con un alto nivel de dependencia funcional, con necesidad continua de cuidados y/o déficit de recursos de apoyo informal hace que la residencia geriátrica se mantenga en la actualidad como una posible solución para esta población.

Actualmente, diferentes instituciones tanto gubernamentales como de la Asistencia Privada se han preocupado por proporcionar a los ancianos atenciones y cuidados que permitan mejorar sus condiciones de vida.

3.2.2 El proceso de la institucionalización.

El envejecimiento y la pérdida de las funciones sociales del trabajo acarrear un conjunto de repercusiones sobre la vida del anciano. Los ancianos consideran para su vejez dos opciones:

- 1) Vivir en su domicilio hasta su muerte (cuando sea posible).
- 2) Vivir en una residencia para ancianos en donde se les puedan proporcionar los servicios que requieran.

Sin embargo, hay diferentes obstáculos que impiden el cumplimiento de la primera opción:

- 1) La soledad y sobre todo el aislamiento, ya que los hijos se han independizado o la pareja ha muerto.
- 2) Por problemas familiares en caso de que el anciano viva con la familia.
- 3) No contar con familiares ni con alojamiento.
- 4) Por insuficiencia o falta de recursos económicos para satisfacer sus necesidades más apremiantes.
- 5) La enfermedad aguda y grave.
- 6) Las incapacidades crónicas importantes.

Es por lo anterior que la familia (o el mismo anciano) tiene que considerar algunas alternativas para satisfacer las necesidades de atención y cuidado del anciano.

Existen diversas opciones de atención al anciano que, dependiendo de las características de éste, ofrecen las siguientes posibilidades (Ferrey, 1994):

- Servicios hospitalarios de media estancia.- sirven sobre todo para los ancianos de menos de 70 años, con objeto de atender su convalecencia y readaptación a la salida de un ingreso hospitalario por una afección aguda. La duración máxima de la estancia geriátrica es de 80 días, eventualmente renovable.

- Servicios de larga estancia.- asegura la acogida de ancianos que no tienen autonomía de vida y cuyo estado precisa supervisión médica y cuidados. Se admite a las personas orientadas después de una media estancia, en lo que se ha juzgado que el retorno a domicilio no era deseable.

- Residencias.- son estructuras de acogida de ancianos muy diversas, tanto por sus dimensiones como por su estatus, siendo su auténtico punto en común asegurar la completa cobertura de sus internos y otros servicios de hospedaje.

Aunque la institucionalización representa una opción de atención al anciano, realmente sería recomendable que el anciano permaneciera dentro del núcleo familiar, ya que esto permite conservar en mejores condiciones su estado emocional. Así mismo se ha señalado que en algunos países desarrollados el aumento de la población de este grupo de edad y su alto grado de ingresos a residencias ha incidido notablemente en los recursos económicos tanto familiares como sociales.

Cuando la familia tiene que considerar la opción de la institucionalización, debe tomar en cuenta que el proceso de reclusión significa mucho más que el hecho de cambiar a una persona de un lugar físico a otro, ya que representa un cambio esencial en la vida de las personas de edad avanzada que repercute en el desarrollo social y psíquico así como en la salud.

El proceso de institucionalización lleva consigo la adaptación a un nuevo medio, reglas y patrones de conductas que no habían sido consideradas por el anciano, por lo que el acoplamiento a su nueva vida no resulta sencillo.

Según Contreras (1986), este proceso puede dividirse en 3 etapas:

- 1) Fase de pre-ingreso.- durante este tiempo el anciano experimenta angustia y ansiedad intensa; la incertidumbre y el miedo ante la novedad de la situación dan lugar a tensiones internas.
- 2) Fase de ingreso - aquí comienza el periodo de adaptación, se presentan temores, esperanzas, se reafirman los prejuicios que se tenían de la vida en la residencia o se modifican, se aprenden y se adoptan nuevos roles.
- 3) Fase de estabilización.- se presenta después de una estancia considerable en la casa hogar, el anciano ya adoptó para entonces un estilo de vida de acuerdo a las condiciones de la residencia.

También menciona que la adaptación va a depender de algunos factores, como:

- a) La información y preparación que tenga el anciano antes de ingresar a la residencia mediante folletos, visitas y/o conversaciones con los residentes;
- b) que su ingreso sea una decisión voluntaria;

c) el recibimiento o acogida que tenga por parte del personal, sobre todo desde el primer día.

La decisión de ingresar a una residencia está considerada siempre como muy grave, como un signo de rechazo, de soledad, que puede significar para el anciano un signo de renuncias. El miedo que se tiene a la vejez, sobre todo a la disminución de las capacidades, hace que se rechace espontáneamente la institución, ya que el anciano considera que es allí donde va a terminar su vida (Ferrey, 1994).

Sin embargo algunos ancianos, aún cuando no requieren de muchos cuidados y cuentan con el apoyo de la familia, deciden ingresar a una residencia con la idea de en un futuro no causar molestias o no ser una carga para su familia.

Se ha observado que entre más competente y capaz es un anciano, y entre menos impedido está, los factores ambientales influyen menos en el envejecimiento. Por el contrario, cuando el estado de salud del anciano no es bueno y su capacidad mental, su lucidez y su sociabilidad han disminuido, su entorno cobra gran importancia.

El lugar donde viva el anciano debe proporcionar un refugio adecuado, promover el bienestar físico y mental; debe fomentar la socialización y el mantenimiento de la salud, asegurando al mismo tiempo cierto grado de privacidad e independencia (Contreras, 1986).

Por mucho tiempo se ha considerado a las residencias para ancianos como un lugar donde se refugian para morir; de hecho, se ha manejado en las mismas casas que la persona al no adaptarse, llega a morir en pocas semanas.

Lo anteriormente señalado repercute en la vida de los ancianos, por lo que la medición de la calidad de vida puede ayudar a identificar y reducir una serie de problemas en el geronte¹.

La orientación y manejo en una residencia debe darse de manera multidisciplinaria en la cual el psicólogo juega un papel importante en todo el proceso de adaptación a la institucionalización, sin embargo, aunque esto sería lo ideal no se lleva a la práctica. Asimismo, debe considerarse cuándo realmente resulta conveniente que el anciano ingrese a una residencia; pero además considerar como ideal el fomentar la participación de la familia para la atención y el cuidado del anciano antes y después del ingreso, ya que esto repercutirá en su bienestar mejorando su calidad de vida.

¹Geronte proviene del griego "geros" que significa anciano.

3.2.3 EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN ANCIANOS.

El ingreso del anciano a la residencia conlleva un gran número de efectos sociales, familiares e individuales que suponen un cambio importante en la vida diaria del anciano así como de su familia.

Los efectos de la institucionalización se pueden llegar a sentir antes del ingreso, desde el momento en que esta posibilidad es latente; es considerada como una amenaza para el anciano y ésta llega a repercutir en su entorno físico, social y familiar y sobre todo en su propia imagen, sus afectos y en la nueva realidad que se le plantea (Tobin y Lieberman, 1976; Tobin, 1989).

En estudios que se han realizado sobre ancianos que viven en la comunidad y ancianos que viven en residencias se ha encontrado que hay mayor número de trastornos afectivos y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada. Sin embargo no queda claro aún qué variables puedan estar implicadas en este hecho.

En un estudio en que se compararon niveles de deterioro orgánico, depresión y trastornos de ansiedad en un grupo de ancianos extraído de 4 residencias y un grupo control en un seguimiento de 18 meses se encontró que existen mayores niveles de deterioro orgánico, depresión y ansiedad en el primer grupo de ancianos en el momento de su admisión a la residencia. En el seguimiento los niveles de deterioro y depresión permanecieron inalterados en ambos grupos mientras los niveles de ansiedad descendían significativamente durante el periodo de observación en el grupo de ancianos institucionalizados. La conclusión a la que se llega en este trabajo es la presencia de una historia previa de depresión entre los ancianos institucionalizados y el mantenimiento de estos problemas en la residencia (Clark, 1992).

El ingreso en una residencia para ancianos puede ser concebido como uno de los cambios capaces de generar mayor estrés.

El ingreso al ámbito residencial puede conllevar una ruptura con la identidad personal y social del anciano muy superior a la que supondría otras alternativas en las que no se produce una separación radical de su entorno. Los ancianos tienden a expresar altos niveles de satisfacción con su vivienda, incluso cuando la calidad física de ésta deje mucho que desear, lo que podría explicar el coste emocional asociado al hecho de cambiar de

alojamiento. Para muchos ancianos el hogar es un marco que incrementa la sensación de competencia personal. La fuerte estructuración del hogar en el que se conoce con exactitud la disposición de los objetos así como la configuración de los espacios, actúa en muchos casos como un elemento de apoyo que ayuda a mantener control entre quienes tienen dificultades para el mantenimiento de la autonomía personal por lo que el traslado a la residencia, especialmente si ésta es de grandes dimensiones, lleva consigo en muchos casos una desorientación espacial y también temporal, capaz de acelerar procesos confusionales y poner de manifiesto déficit cognitivos sobre los que se ejercía un control precario (O'Bryan, 1983).

Un ambiente en el que faltan actividades durante la mayor parte del día no conduce a un buen estado mental, por lo que es común que se presenten estados depresivos y déficit cognitivos entre ancianos institucionalizados (Ames, 1991).

En un estudio realizado en 200 personas, en una residencia de ancianos en Edimburgo, se encontró que las tasas de depresión son dos veces superiores para los hombres y que hay un mayor número de casos de demencia entre las mujeres, cuya edad promedio era superior a la de los hombres (Lowther y Mcleod, 1974).

Diversos factores de tipo orgánico, psicológico, psicopatológico y socioambiental pueden influir en las tasas de depresión y suicidio de personas ancianas; pero entre los ancianos ingresados en asilos o residencias psiquiátricas, algunos de estos factores pueden alcanzar aun mayor relevancia, ya que en muchas ocasiones el ingreso a una residencia implica desarraigo y un sobre esfuerzo de adaptación (De las Heras y cols., 1990).

En una muestra de 12 residencias en Londres se obtuvo un seguimiento de 16 meses donde se encontró que la mortalidad fue aproximadamente 2 veces mayor a la esperada en la comunidad para las mismas edades, estando asociada con el sexo masculino, presencia de un síndrome orgánico, elevadas puntuaciones en depresión y la expresión de un deseo de morir durante el periodo de exploración (Ashby y cols., 1991).

Uno de los factores que influye en la adaptación del anciano a la residencia es la aceptación o no del ingreso a la misma. En un estudio se observó que un grupo de ancianas que ingresaron a una residencia voluntariamente y otro que se sintió forzado a ingresar. De éstas últimas el 50% murió durante el primer mes de su ingreso, y otro 30% antes del año;

mientras que tan sólo murió un 3% de las mujeres que ingresaron por voluntad propia durante el mismo lapso de tiempo (Ferrari, 1962).

Los problemas de salud y la dependencia se muestran como los más potentes predictores de depresión e insatisfacción residencial. El ámbito residencial puede propiciar elevados niveles de dependencia llevando a que el anciano recién admitido tienda a ajustar su conducta a las expectativas de un mayor desvalimiento personal al tiempo que adopta una actitud pasiva ante la baja percepción de control ambiental (Ames, 1991).

Un ambiente que facilite la interacción y que proporcione diversas actividades, sin presentar ambientes poco agradables, permitiendo a las residentes crear un ambiente acogedor, en el que puedan personalizar sus espacios permitirá mayor autonomía y satisfacción en la residencia.

Entre las quejas más frecuentes de los ancianos en residencias están la soledad, el rechazo familiar y la marginación social; estas quejas producen indirectamente insatisfacción y estrés residencial.

No es extraño que la soledad se confunda comúnmente con el aislamiento social, la ausencia de relaciones gratificantes y con la depresión misma, por lo que la interacción con familiares, amigos y vecinos es de vital importancia para la buena adaptación del anciano a la residencia.

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA

4. CALIDAD DE VIDA

Al concepto de calidad de vida hay que buscarle el origen en el periodo del Renacimiento cuando el hombre comenzó a tomar una nueva conciencia de los determinantes de su existencia, donde se proponía una sociedad perfecta, donde se cuidaba fundamentalmente de las actividades del modo de vida como del trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual, etc. Como objetivo para lograr una vida con calidad, bienestar y salud (Quintero y González, en Buendía, 1997).

En el mundo moderno se desarrollaron valores en la cultura universal e instituciones de cooperación y ayuda como la ONU, UNESCO, OMS, UNICEF, que promovieron proyectos de registro de datos y estados comparativos del grado de desarrollo y las condiciones de vida y la salud de las naciones. Se hizo necesario ir acercándose a una valoración de la calidad de vida de las naciones para poder jerarquizar y ejecutar los planes de ayuda y políticas de desarrollo, y poder exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales en relación con los derechos humanos (Quintero y González, en Buendía, 1997).

Comenzaron a surgir diferentes conceptos e indicadores (longevidad, educación, ingresos, etc.) que apoyaban el estudio de la calidad de vida y que permitían a los profesionales de la salud establecer mejores estrategias de intervención.

El concepto de calidad de vida toma importancia en los años 70's como un intento de distintos investigadores sociales por superar el estrecho marco del análisis de bienestar imperante en ese momento que básicamente se refería a cuestiones económicas. A partir de entonces, autores como Bauer y Gross (a mediados de los 60's) empiezan a cuestionar esta situación y consideran que se deben incluir una serie de medidas no económicas sobre las condiciones en las que viven los individuos (modo, nivel, condiciones y estilo de vida). No obstante, la multidisciplinariedad desde la que se puede abordar el tema (economía, sociología, psicología, etc.) hace que surjan las primeras discrepancias en cuanto al análisis adecuado del mismo (Prior y De la Poza, 1990).

La calidad de vida no es sólo lo objetivo y concreto que nos rodea, sino también la relación subjetiva que ello produce y el valor que le concedemos, lo cual deriva en el bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población frente a la vida social.

En su teoría, Maslow menciona que el hombre es un ser que requiere satisfacer diferentes necesidades a lo largo de su vida. Dichas necesidades se clasifican de más a menos urgentes para la supervivencia, coincidiendo este orden con su aparición cronológica. De aquí que Maslow identificó 5 sistemas de necesidades (García y Moya, 1993).

- Fisiológicas.- hambre, sed, oxígeno, sexo, calor, etc.
- Seguridad.- interna y externa.
- Amor.- afiliación, aceptación y pertenencia.
- Estima.- éxito, aprobación, reconocimiento.
- Autorrealización.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la calidad de vida y ésta a su vez es el fundamento concreto del concepto de bienestar social, el cual se usa para indicar la satisfacción global de los individuos y de la sociedad en su conjunto (San Martín y Pastor, 1990).

4.1 Conceptos de Calidad de Vida

La calidad de vida se ha estudiado desde diferentes enfoques y, aunque es un término ampliamente estudiado, los diferentes autores no han podido llegar a un acuerdo en cuanto a lo que éste se refiere y han intentado dar cada uno su propia definición en cuanto a lo que entienden por calidad de vida.

La salud es considerada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1947) como “un completo estado de bienestar físico, mental, psicológico y social y no únicamente la ausencia de alguna enfermedad...”. Por ello se puede observar que el concepto de calidad de vida está ampliamente relacionado con el de salud.

La calidad de vida puede definirse como una medida compuesta por bienestar físico, mental y social, tal como es percibida por un individuo o un grupo, así como la felicidad y satisfacción. Dicha medida es un componente de la satisfacción en la vida (Levi y Anderson, 1975).

Otros autores definen a la calidad de vida como el grado percibido de excelencia de la vida en general (Horley y Little, 1985).

La relación global que el individuo establezca entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la sociedad y con el ambiente total en que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales, definen el concepto de la calidad de vida (San Martín y Pastor, 1990).

Wiklund et al. (citado por Palomar, 1995) menciona que una definición amplia y general del concepto de calidad de vida incluye la capacidad del individuo para funcionar dentro del contexto de trabajo, rol social y familiar, así como su capacidad física, emocional, mental e intelectual.

Se considera también que la calidad de vida es un término multidimensional y subjetivo que se refiere al grado de satisfacción del individuo durante su vida, según el grado de importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos que determinan su felicidad o bienestar (Spilker, 1990; Palomar, 1995).

La OMS considera que calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Aspectos que se ven afectados por la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y las relaciones características sobresalientes con su ambiente (WHOQOL Group, 1993).

Por todo lo anterior, calidad de vida puede considerarse como la percepción de satisfacción y bienestar que tenga uno mismo a lo largo de la vida, tomando en cuenta tanto aspectos objetivos como subjetivos. En dicha percepción influyen aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos.

4.2 Áreas de Calidad de Vida

La calidad de vida incluye áreas como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competitividad, pertenencia y confianza en otros (Levi y Anderson, 1975).

De acuerdo con las Naciones Unidas (1961; en Levi y Anderson, 1975) el concepto de calidad de vida comprende los siguientes nueve componentes: 1) salud, 2) alimentación, 3) educación, 4) ocupación, condiciones de trabajo, 5) condiciones de vivienda, 6) seguridad social, 7) vestido, 8) recreación, 9) derechos humanos.

Pullium (1989), define calidad de vida como un término que tiene distintos componentes: a) bienestar material. b) relaciones familiares, c) salud familiar, d) educación de los hijos y e) variables de personalidad.

Spilker (1990) menciona que los mayores dominios de calidad de vida incluyen las siguientes categorías:

- 1) nivel físico y capacidad funcional,
- 2) nivel psicológico y bienestar,
- 3) interacción social,
- 4) nivel y factores económicos.

Por otro lado, Fitzpatrick y col. (1992), mencionan que el concepto de calidad de vida es inherentemente subjetivo y sus definiciones varían. Menciona que las dimensiones de calidad de vida son:

- Función física, por ej.: movilidad, autocuidado.
- Función emocional, por ej.: depresión, ansiedad.
- Función social, por ej.: contacto y apoyo social.
- Cambio de rol, por ej.: trabajo, trabajo en casa.
- Dolor
- Otros síntomas, por ej.: fatiga, náusea, síntomas específicos de enfermedad.

Desde un punto de vista psicológico el concepto de calidad de vida puede dividirse en 5 áreas básicas para su utilización (San Martín y Pastor, 1990):

- a) Capacidad funcional: para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y la participación en actividades recreativas.
- b) Funciones sociales: relación con los amigos, la familia y la comunidad.
- c) Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.
- d) Estado emocional: bienestar general, incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta de adecuación, temor y cólera.
- e) Situación económica: la capacidad para mantener su estándar de vida. Si desaparece la seguridad económica, las capacidades funcionales globales pueden empeorar significativamente

Por todo lo anterior, puede observarse que la calidad de vida esta formada por distintos componentes y que éstos pueden agruparse en si en 6 áreas. Dichas áreas son:

- Física, esta compuesta por movilidad, desempeño en la vida diaria y capacidad de autocuidado.

- Biológica, se encuentran la salud, enfermedad, alimentación, dolor, fármacos, sexualidad y sueño.

- Psicológica, entre sus componentes se encuentran los estados emocionales (depresión, ansiedad, etc.), aislamiento, soledad, satisfacción, capacidad mental e intelectual.

- Social, compuesta por relaciones interpersonales (con familiares, amigos, vecinos y, en general, con el medio que lo rodea), contacto y apoyo social, rol social y familiar.

- Económica, conformada por la situación económica (actual y pasada), capacidad de manutención, ingresos y egresos.

- Cultural, cuyos componentes son características culturales y personales, religión, creencias, política y educación.

Los componentes antes citados, pueden no ser los únicos, sólo se han mencionado algunos de los más sobresalientes. Además, el hecho de que se mencionen en un área específica no quiere decir que no influyan sobre las demás. Por el contrario, todos los componentes influyen en los diferentes aspectos de la vida diaria del individuo al interactuar entre sí.

4.3 Calidad de vida en ancianos

Calidad de vida es un término que ha sido estudiado principalmente desde un enfoque médico y en áreas específicas de estudio, como en pacientes oncológicos, con artritis, con hipertensión o diabetes o con enfoque psicológico estudiando áreas específicas como calidad de vida en el trabajo; sin embargo, el hombre es definido como una entidad biopsicosocial, por lo que hay que considerar que a lo largo de su vida recibe la influencia de diversos factores antes mencionados, cada uno de los cuales tienen una importancia equitativa respecto a los demás.

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad ha estado bastante restringido a las personas enfermas. Los estudios de la calidad de vida en personas han sido por tanto menos frecuentes.

El incremento de los años de vida del hombre exige respecto a toda la sociedad y a los profesionales de la salud realizar esfuerzos para lograr y mantener la calidad de vida de este grupo de población que se incrementa con rapidez y no sólo incrementar la esperanza de vida sin tomar en cuenta las discapacidades que el anciano pueda sufrir.

Para lograr que el anciano tenga una mejor calidad de vida, resulta importante que su atención no se enfoque en un sólo modelo, ya sea éste médico o psicosocial, sino hacer una mezcla de todas aquellas disciplinas que puedan proporcionar un servicio en favor de las necesidades de los ancianos, dando lugar así al trabajo multidisciplinario.

Una de las grandes equivocaciones que ha existido con respecto al envejecimiento es considerarlo como una enfermedad, y por lo tanto como un fenómeno médico y biológico; por lo que el enfoque médico se ha encargado de proporcionar medicamentos o capacitación para retrasar este proceso.

Sin embargo, es innegable que, como sostuvo Rold (1986) en el Seminario de Asistencia Social al Anciano, existen componentes biológicos y médicos en el envejecimiento. Por lo que no se recomienda que se desatienda el uso de medicamentos o capacitación. Lo que sí es que la biología no es el único componente, sino que existen otros a los que se les debe dar igual importancia.

Debido al amplio uso de medicamentos por parte de los ancianos y a la constante necesidad de capacitación, podríamos decir que el modelo médico en algunos casos propicia la dependencia, causa por la que se opta por recluirlos en una residencia en la que se les proporcionen todo tipo de atenciones y servicios.

La introducción del concepto del estado funcional y su medición ha contribuido en mucho a la evaluación de la calidad de vida del anciano, pues la medición funcional incrementa la comprensión acerca del curso de la salud, tomando en cuenta lo biológico, lo conductual y el medio ambiente y su influencia en el envejecimiento.

Otra alternativa de atención al anciano es el modelo psico-social, el cual considera que la dependencia es el resultado de condiciones sociales que evitan que los individuos empleen sus capacidades. Este modelo propone propiciar que desaparezcan la dependencia

y los síntomas de invalidez física si se modifican las condiciones sociales de tal manera que se permita que los ancianos hagan uso de sus recursos. En términos generales, lo importante no es lo que el residente puede hacer por sí mismo sino la contribución que pueda hacer a la residencia (Rold , 1986).

El enfoque multidisciplinario propone que la atención y servicios para el anciano estén compuestos por diferentes especialidades, las cuales evalúen las necesidades del anciano.

Dentro de este grupo multidisciplinario deben participar diferentes profesionales, entre los cuales deben estar médicos de distintas especialidades, enfermeras, psicólogos, pedagogos, dentistas, trabajadores sociales, etc. Asimismo, resulta de vital importancia que la familia (y la sociedad en general) siga participando en la atención y cuidados del anciano.

Dentro del estudio de la calidad de vida no puede pasarse por alto la evaluación del bienestar del anciano, tema que es de interés para la Psicología y la Gerontología Social.

El bienestar es un concepto subjetivo que se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad, moral, representando la valoración global de calidad de vida que cada sujeto realiza de acuerdo a su propio criterio.

En el estudio de la vejez es de crucial importancia tomar en cuenta las consideraciones teórico-metodológicas relativas al bienestar subjetivo para la evaluación de la calidad de su vida, pues varios estudios han demostrado que el bienestar no declina con la edad y que permanece relativamente independiente de las circunstancias objetivas en que transcurre la vida del anciano y de su propio estado de salud (Quintero y González, en Buendía, 1997).

4.4 Medición de Calidad de Vida

Dado que la población de ancianos sufre de constantes cambios o padecimientos debidos al proceso de envejecimiento, resulta de vital importancia evaluar cual es su calidad de vida para así poder realizar intervenciones más adecuadas a sus necesidades, ayudando a proporcionar un mayor bienestar en los últimos años de su vida, lo cual es finalmente la meta de cualquier intervención que se realice con el anciano.

Calidad de vida es un concepto complejo capaz de abarcar más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o ramas de las ciencias. Por tanto, el especialista que lo usa se ve obligado a dar una definición operativa, válida para sus propósitos, y si es posible definir también los indicadores en los que se basa su definición, ya que de lo contrario puede convertirse en un objetivo intangible de investigación por el gran número de factores que conforman su estructura.

La calidad de vida puede ser medida de muchas formas diferentes, por ejemplo en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas de funcionamiento individual e intelectual y acerca del desempeño del rol psicosocial respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también en términos de bienestar. La gran riqueza del concepto de calidad de vida requiere no sólo que se evalúen múltiples dimensiones, sino que se usen múltiples medidas de cada dimensión que se estudia más que indicadores particulares.

Uno de los criterios básicos para medir la calidad de vida es la aptitud que posee una persona para asumir los roles y actividades sociales en forma adecuada, así como tener en cuenta la capacidad intelectual de acuerdo a cada periodo de la vida.

En lo que se refiere al método para evaluar la calidad de vida debe seguirse según San Martín y Pastor (1990) el razonamiento científico en forma sistemática a través de las siguientes etapas:

- 1) Identificación y observación de los fenómenos y variables que se asocian a la calidad de vida,
- 2) Observación y medición de las necesidades, valores, comportamientos, objetivos y aspiraciones de la población, etc.
- 3) Encuestas de aptitudes opiniones, valores, etc.
- 4) Identificación del perfil cultural de la sociedad, de los grupos sociales, de los individuos, etc.
- 5) Identificación de las relaciones psicosociales.
- 6) Percepción de la calidad de vida por la población.

Lo anterior tiene como finalidad dar a los estudios sobre calidad de vida seriedad y valor científico, ya que como se ha mencionado calidad de vida tiene componentes tanto objetivos como subjetivos, permitiendo los primeros ser evaluados en forma tangible y los

segundos únicamente basándonos en la percepción del sujeto, la cual muchas veces puede resultar poco confiable.

El mismo autor sostiene que cuando se hace medición y representación de calidad de vida se pueden distinguir 4 niveles:

- Elementos materiales necesarios a la vida del hombre.
- Bienes y valores no materiales necesarios al desarrollo intelectual del individuo y la sociedad.
- Elementos que relacionen el bienestar individual y familiar con los sistemas sociales de producción de bienes y de servicios culturales y materiales.
- Percepción de la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva.

La medición de calidad de vida es de tipo subjetivo. Quien puede informarnos mejor acerca de ésta es el propio individuo, porque es él quien mejor conoce sus necesidades y lo que es más importante para sí mismo y no el personal de salud, ni sus familiares o amigos, ya que sus percepciones son diferentes.

Se puede evaluar la reacción individual y colectiva frente al proceso de calidad de vida identificando y midiendo los indicadores asociados al fenómeno analizado (San Martín y Pastor, 1990):

- Sensación de bienestar general: ansiedad, depresión, enfermedad, etc. (u otras situaciones negativas) o bienestar y satisfacción, vitalidad, autocontrol, interés, etc.
- Síntomas físicos: molestias diversas, pesadillas, disfunción del sueño, cansancio, aburrimiento, etc.
- Función sexual: disfunción, impotencia, etc.
- Síntomas psíquicos y psicosociales: estado emocional, depresión, ansiedad, hostilidad, conducta obsesiva, somatización, etc.
- Rendimiento y satisfacción en el trabajo: ritmo de trabajo, fatiga, falta de concentración, interés, satisfacción, accidentes, etc.
- Función cognoscitiva: test de reproducción visual, test de velocidad visual motora, memoria, percepción, etc.
- Participación social: grado en que el individuo participa en la vida colectiva.

- Satisfacción general: aspectos de la vida corriente tales como el matrimonio, hijos, amigos, economía y finanzas, vivienda, trabajo, interrelaciones sociales e interindividuales, vida comunitaria y participación social, etc.

4.4.1 Instrumentos de medición de calidad de vida.

Es importante mencionar que existen factores que influyen en la selección de un instrumento (Fletcher, 1992) entre los cuales se consideran:

- Propiedades de medición adecuadas:

- Validez.
- Confiabilidad.
- Claridad.

- Tipo de instrumento:

- Genérico.
- Enfermedad específica.
- Dimensión específica.
- Pregunta específica a estudiar.

- Método de administración:

- Autoadministración.
- Administrado por encuestador.

- Escenario cultural.

Las mediciones sobre calidad de vida se han realizado con cuestionarios preparados para tales fines y, en la mayoría de los casos, para enfermedades y poblaciones específicas. Algunos ejemplos de estos instrumentos son:

- **Perfil de Estados de Ánimo (PMS).**-Este instrumento fue desarrollado por McNair y cols. (1971). Mide seis estados de ánimo o afectivos: tensión-ansiedad; depresión-melancolía; enojo-hostilidad; vigor-actividad; fatiga-inercia; y confusión-perplejidad. 65 ítems. Es auto-administrable. Evalúa el área psicológica.

- **Perfil de Impacto de Enfermedad (Sicknees Impact Profile).**- Bergner y cols. (1981) diseñaron una medición general aplicable a algunas enfermedades o grupo de discapacidades, la cual esta también diseñada para uso con los diferentes subgrupos culturales y demográficos. Evalúa las siguientes dimensiones: Físicas (ambulación,

movilidad, cuidado del cuerpo y movimiento); Psicosociales (interacción social, comunicación, alerta y conducta emocional) y categorías independientes (sueño/descanso, comer, trabajo, manejo de casa, pasatiempos y recreaciones). Formado por 136 ítems. Es autoadministrable o por medio de entrevistador. Requiere de un tiempo de 30 minutos. Evalúa las áreas física, biológica, psicológica y social.

- **Cuestionario de Índice de Salud McMaster (MHIQ).**- Chambers (1982) lo aplicó a 96 pacientes externos de psicoterapia, con edad de 15 a 66 años. El instrumento evalúa la calidad de vida en pacientes con enfermedades reumáticas. Contiene 59 ítems. Es autoadministrable. (20 min). Evalúa aspectos sobre movilidad, auto-cuidado, comunicación y funcionamiento físico global; bienestar general, trabajo/ejecución del rol social, apoyo social y participación y función social global, auto-estima, observaciones acerca de relaciones personales y el futuro; eventos críticos en la vida y funcionamiento emocional global. Incluye las áreas física, social y emocional.

- **Cuestionario de enfermedades respiratorias crónicas (Chronic Respiratory Disease Questionnaire).**- Guyatt y cols. (1987). Aplicado en 100 pacientes con problemas de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es sensible para detectar diferencias en calidad de vida a nivel físico. El instrumento contiene 20 ítems, se aplica en un tiempo aproximado de 20 minutos, evalúa 4 dimensiones, disnea, fatiga, función emocional y sentimientos de control del paciente sobre la enfermedad. Incluye el área física y emocional.

- **Cinco instrumentos para evaluar calidad de vida en artritis.**- Liang y cols. (1985) aplicaron 5 instrumentos en 201 pacientes candidatos a cirugía con edad promedio de 66.3 años con diagnóstico de artritis reumatoide y osteoartritis. La batería consta de 5 instrumentos: Escala de medición del impacto de artritis (AIMS), Índice de Nivel funcional (FSI), Cuestionario de evaluación de salud (HAQ), Índice de autobienestar (IWB), Perfil de impacto de enfermedad (SIP). El AIMS mide nivel de salud física, mental y social en pacientes artríticos. FSI evalúa dependencia, dolor y dificultad experimentada al ejecutar 18 actividades de vida diaria; HAQ mide ejecución en actividades de vida diaria, enfatizando la dificultad y la necesidad para equipamiento y asistencia física al completar tareas; IWB comprende 3 escalas con categorías ordinales: actividad física, movilidad y actividad social; SIP evalúa movilidad, deambulación, trabajo, recreación, interacción social, alimentación y comunicación. Evalúa las áreas física y social.

- **Escala de autoevaluación de vida funcional (SELF).**- Linn y Linn (1984) aplicaron esta escala a 826 sujetos mayores de 60 años para medir cambios en funciones físicas, emocionales y sociales. El instrumento es autocontestable y consta de 54 ítems. Los aspectos que mide son incapacidad física, síntomas de envejecimiento, autoestima, satisfacción social, depresión y control personal. Es una escala adecuada para ancianos que evalúa las áreas física, biológica, psicológica y social.

- **Escala de desesperanza (HS).**- Beck y cols. (1974) aplicaron este instrumento a 59 pacientes con depresión en una unidad psiquiátrica y 294 hospitalizados por intentos suicidas, con edad promedio de 31 años. Es sensible a cambios en el estado de depresión del paciente a lo largo del tiempo. El instrumento consta de 20 ítems (verdadero-falso); evalúa factores afectivos, motivacionales y cognitivos. La desesperanza suele vincularse con condiciones de suicidio, sociopatía y enfermedades físicas. Evalúa expectativas negativas del encuestado. Evalúa el área psicológica.

- **Cuestionario de evaluación de salud Stanford (modificado) (SHAQ).**- Incluye preguntas para determinar grado de dificultad y necesidad del paciente para ayudar y asistirse por aparatos en actividades de vida diaria. En la modificación se incluyen preguntas de satisfacción del paciente. Incluye 20 preguntas de actividades de vida diaria agrupadas en 8 categorías. Evalúa el área física. (Pincus, 1983).

Además de los artículos previamente referidos, se encuentran en el estudio de la calidad de vida 2 tesis de universitarios para obtener posgrado, una de ellas de la Facultad de Psicología y otra de Medicina las cuales son:

- **Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida.** Palomar (1995) utilizó este instrumento en 320 sujetos de 18 colonias de la ciudad de México, con edad de 20 a 50 años, para conocer la calidad de vida con relación a factores demográficos. El instrumento constó de 218 reactivos, de los cuales 109 están relacionados con la importancia de diferentes aspectos de la vida y los otros 109 con la satisfacción con los mismos. Incluye reactivos sobre: el trabajo, los hijos, la pareja, bienestar económico, bienestar físico, familia, medio ambiente, sociabilidad, amigos cercanos, aspectos sociales, desarrollo personal, percepción personal y pérdidas emocionales. Evalúa las áreas física, psicológica, social y económica.

- **Evaluación de la calidad de vida del paciente anciano.**- Moreno (1994) aplicó esta evaluación a 25 pacientes mayores de 60 años (promedio 65 años) que acudieron a la clínica Ignacio Chávez (ISSSTE). La evaluación constó de 3 cuestionarios: el Crichton, el Katz y la escala de Zung. Crichton evalúa la orientación y capacidad para realizar actividades cotidianas; el Katz evalúa dependencia-independencia para actividades de tipo motor como autosuficiencia en el traslado, baño, vestido, alimentación; la escala de Zung identifica alteraciones de afectividad midiendo cuantitativamente depresión, ansiedad y reacción de ajuste a situaciones transitorias. Evalúa las áreas física y psicológica.

La literatura anterior fundamenta la importancia reconocida al estudio de la calidad de vida, aunque ésta es abordada por los diferentes autores en áreas específicas de su especialidad y no consideran todas las áreas de calidad de vida, quizá porque hay gran cantidad de factores que influyen sobre esta.

El abanico de variables que actúan sobre y a partir de la vejez son de tal amplitud que, p. ej., el Consejo Norteamericano de la vejez en un estudio realizado con más de 4,000 encuestados, ha afirmado que para conocer “la calidad de vida durante la vejez no es válido hacer conclusiones generales, sino que depende de cada individuo”: hasta este punto de indeterminación han llegado los investigadores sociales del Consejo Norteamericano. En un sentido coincidimos con ellos: conocer la edad cronobiológica de una persona no constituye un indicador fiable de su calidad de vida y experiencia en la etapa de la vejez. Probablemente tengan razón en las conclusiones, pero también es cierto que los ingresos económicos, el estado civil, el grado de educación formal, la colocación laboral anterior, el origen étnico y otras variables por el estilo han constituido indicadores fiables en el contexto de nuestra investigación, lo que permite inducir que las generalizaciones matizadas a partir de estas variables básicas tienen un valor preciso al margen de la edad cronobiológica (Fericla, 1992).

Capítulo V

METODOLOGÍA

5.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

En los últimos años se reconoce un incremento paulatino en la población de ancianos y cada vez son más los que ingresan a una residencia; por ello es importante realizar investigaciones sobre esta población, que permitan conocer sus características y necesidades, para identificar también cuales son las áreas que más se afectan al ser institucionalizados y poder realizar propuestas que permitan mejorar tanto las condiciones como la calidad de vida de los ancianos.

Por lo anterior se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cómo perciben los ancianos que viven en residencias su calidad de vida?
2. ¿Cambia la calidad de vida con la edad?
3. ¿Existen diferencias en la calidad de vida dependiendo del sexo?
4. ¿Se modifica la calidad de vida de acuerdo al tiempo de estancia en la residencia?
5. ¿Cómo influye la escolaridad en la calidad de vida?
6. ¿Cómo afecta a la calidad de vida el nivel socioeconómico?
7. ¿Se incrementa la calidad de vida con el uso de medicamentos?
8. ¿Cómo afecta a la calidad de vida la presencia de enfermedades?
9. ¿Cuál es el impacto sobre la calidad de vida del área física?
10. ¿Cuál es el impacto sobre la calidad de vida del área biológica?
11. ¿Cuál es el impacto sobre la calidad de vida del área psicológica?
12. ¿Cuál es el impacto sobre la calidad de vida del área social?
13. ¿Cuál es el impacto sobre la calidad de vida del área económica?
14. ¿Cómo afecta el estado cognitivo a la calidad de vida?

Como se pudo apreciar en el marco teórico existen diversas investigaciones sobre calidad de vida, lo que muestra el interés por ampliar el conocimiento en este campo y poder implementar intervenciones que la mejoren. Sin embargo, en su mayoría se han centrado en estudiar poblaciones, características o padecimientos específicos, sin que exista hasta el momento un estudio que analice en forma integral la calidad de vida del anciano que sigue un proceso de envejecimiento natural y que ha tenido que ingresar a una residencia con los cambios que esto implica. Por lo anterior, surgió el interés de crear un instrumento que permita evaluar la calidad de vida en el anciano y nos permita ampliar el conocimiento sobre las áreas que se afectan en la calidad de vida.

5.2 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida en ancianos institucionalizados en residencias para ancianos, para identificar las áreas más afectadas de calidad de vida y realizar propuestas que permitan mejorarla.

5.3 Objetivos Particulares

1. Diseñar y aplicar un instrumento para evaluar la calidad de vida de ancianos institucionalizados, tomando en cuenta las diferentes dimensiones que componen la calidad de vida.
2. Conocer el nivel de calidad de vida de los ancianos institucionalizados.
3. Identificar los factores que más afectan la calidad de vida de los ancianos.
4. Conocer la influencia del consumo de medicamentos en la calidad de vida del anciano
5. Determinar cuales son los aspectos que podrían considerarse en intervenciones posteriores, encaminadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos residentes.

5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

V.D.: Calidad de vida.- percepción de bienestar que se tenga de sí mismo, la cual se ve influida por aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos, tanto objetivos como subjetivos.

V.I.1: Estas variables se mencionan en el cuadro descriptivo por área de las características de los ancianos, el cual se incluye al final del capítulo 2. Es importante mencionar que estas características variarán entre cada sujeto dependiendo de su edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, tiempo de estancia en la residencia, enfermedades que padezca y medicamentos que consuma.

5.5 MUESTRA DE LA POBLACIÓN

De la población de ancianos residentes en las residencias “El Refugio” y “Reina Sofia”, se realizó una selección mediante la aplicación del Cuestionario de evaluación del estado cognitivo “Minimental”, obteniéndose una muestra de 30 sujetos que alcanzaron un puntaje mayor de 20 a los que se les aplicó finalmente el cuestionario de Calidad de Vida.

La edad promedio de la muestra fue de 80.1 años, con un rango de 60 a 97 años, fueron 22 mujeres y 8 hombres.

5.6 MUESTREO

Las residencias fueron seleccionadas por las facilidades proporcionadas y el interés expresado por las mismas en el desarrollo de esta investigación para el mejoramiento de las condiciones de vida de los ancianos hospedados en ellas. La muestra fue obtenida de la población de ancianos que habitaban en ambas residencias.

El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental, siendo la población de diferentes niveles socioeconómicos y de escolaridad.

Para su selección se tomó en cuenta, como criterios de inclusión, que los sujetos habitaran en las residencias, que su edad estuviera entre 65 y 100 años, hombres y mujeres, que no presentaran algún padecimiento psiquiátrico, problema de lenguaje o auditivo que les impidiera responder el cuestionario; así como haber tenido un puntaje mayor de 20 en la prueba de estado mental (Minimental) y haber aceptado participar en el estudio.

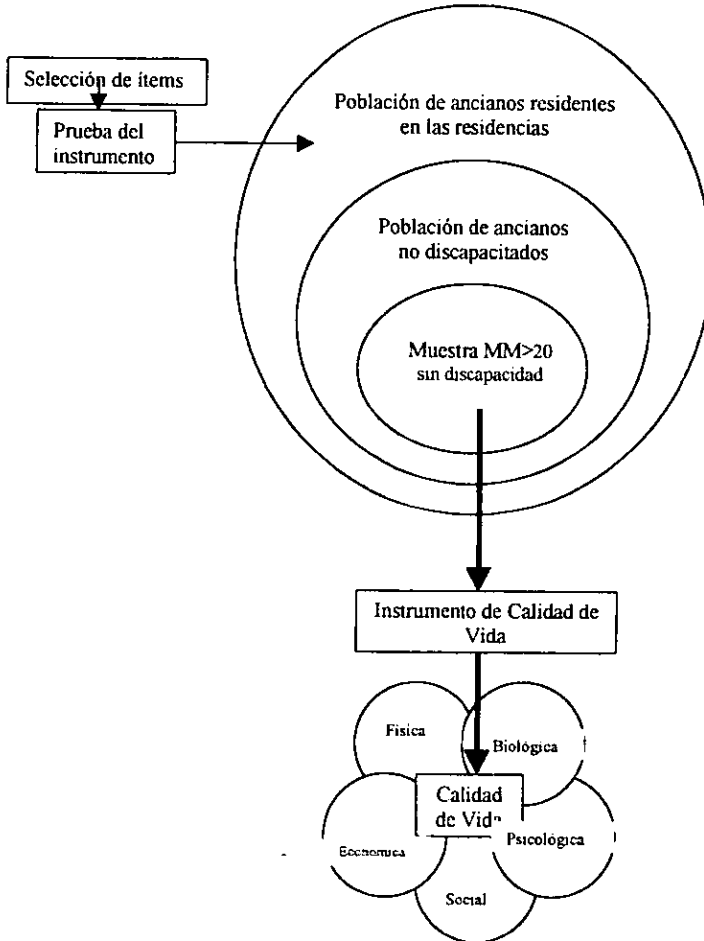
5.7 ESCENARIO

El cuestionario fue aplicado dentro de la habitación del sujeto la cual variaba en tamaño dependiendo si era para una persona o dos, contando con buena iluminación y ventilación.

5.8 DISEÑO

Mediante un estudio de encuesta descriptiva, con características de ser observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y de campo. Se analizaron las características del área física, biológica, psicológica, social y económica que influyen en la calidad de vida de los ancianos en las residencias (Méndez y cols., 1990).

Esquema 1



5.9 INSTRUMENTO

5.9.1 Características de un cuestionario.

El cuestionario es una técnica de investigación, un sistema de preguntas que tiene como finalidad obtener datos para una investigación (Pardinas, 1976).

Tiene 2 propósitos principales (Festinger y Katz, 1979):

1. Traducir los objetivos de la investigación en preguntas específicas, cuyas respuestas proporcionarán los datos necesarios para comprobar las hipótesis o indagar el área determinada por los objetivos de la investigación.
2. Ayudar al investigador a motivar al sujeto para que comunique la información requerida.

Para lograr los propósitos anteriores es necesario hacer un cuestionario piloto y aplicarlo a un grupo pequeño de personas cuyas características sean similares a las de la población para la que fue diseñado. Esto servirá para verificar si el cuestionario cumple con las siguientes tres características:

- **Confiabilidad.**- consiste en que al ser aplicado el cuestionario por diferentes investigadores cada uno obtenga la misma información.
- **Operatividad.**- que el vocabulario con que fue redactado sea comprendido de igual manera por todos.
- **Validez.**- que el cuestionario aporte exactamente la información que se requiere para el estudio del fenómeno investigado (que mida lo que tiene que medir).

Los cuestionarios pueden tener dos tipos de preguntas:

- 1) **Cerradas.**- aquellas en las que las alternativas de respuesta han sido previamente establecidas por el investigador. Pueden ser dicotómicas (por ejemplo "sí" o "no") o de selección múltiple, por ejemplo la escala de lickert, la cual presenta más opciones de respuestas, recibiendo cada una de ellas un valor gradual de acuerdo a su importancia (de muy malo a muy bueno).
- 2) **Abiertas.**- que permiten al sujeto responder en forma libre a la información solicitada.

Las preguntas del cuestionario deben ser redactadas sin que tengan la tendencia hacia una determinada respuesta. Se debe cuidar que el tema investigado mediante el cuestionario sea conocido por el encuestado; asimismo, el número de preguntas será determinado por el investigador para cumplir los objetivos del estudio. Aunque

debe tomarse en cuenta que entre más extenso sea el cuestionario será menor la confiabilidad en las respuestas, posiblemente debido a fatiga del sujeto.

5.9.2 Características de los instrumentos utilizados en la investigación

La recolección de los datos se llevó a cabo por medio de tres instrumentos: Minimental, Cuestionario de Calidad de Vida y forma de Farmacovigilancia, cada uno de los cuales fue aplicado en forma individual, en el orden antes señalado y en diferentes sesiones por el investigador.

5.9.2.1 Minimental

El Minimental es un cuestionario para evaluar estado cognitivo del sujeto (Anexo 1). Fue elaborado por Folstein y cols (1975). Es aplicado por un entrevistador, en forma individual y privada. El material consta de un cuestionario, una moneda, un reloj y dos lápices. El cuestionario contiene 11 ítems que evalúan cinco diferentes áreas: orientación (en tiempo y espacio), registro (memoria inmediata), atención y cálculo, evocación (memoria diferida) y lenguaje y capacidad visoconstructiva. La puntuación máxima es de 30 puntos, calificándose cada respuesta con "1" cuando es correcta y "0" si es incorrecta, obteniendo de la suma el puntaje total. Se requiere un tiempo de 5 a 15 minutos (Folstein y cols., 1975). El punto de corte para diferenciar ancianos con y sin demencia se estableció en 20 (Morales y Del ser, 1994).

5.9.2.2 Cuestionario de Calidad de vida

El cuestionario de Calidad de Vida es aplicado por un entrevistador en forma individual y privada, se requiere un tiempo aproximado de 1 hr. El material que se requiere para su aplicación es el cuestionario y un lápiz. El instrumento contiene inicialmente datos demográficos del paciente, tales como fecha de aplicación, calificación total en el cuestionario de calidad de vida, habitación, nombre del sujeto, edad, sexo, escolaridad, estado civil, tiempo de estancia en la residencia, nivel socioeconómico (bajo, medio, alto), fecha de ingreso y religión.

Se debe dar la siguiente información antes de iniciar la aplicación del cuestionario:

"El presente cuestionario contiene una serie de preguntas que pretenden evaluar su calidad de vida. Le pedimos que por favor responda a ellas de la forma más sincera posible. Es importante mencionarle que la información que usted nos proporcione será totalmente confidencial y que será utilizada únicamente en beneficio de usted.

Para responder a cada afirmación se le proporcionarán una serie de opciones, por favor elija la que sea más adecuada para usted"

El cuestionario de calidad de vida consta de 65 preguntas, de las cuales 64 son de tipo likert, con 5 opciones de respuesta y una pregunta abierta (Anexo 2). Las áreas que se evaluaron son: física (movilidad, actividades de vida diaria, autocuidado), biológica (nutrición, enfermedades, uso de medicamentos, sexualidad), psicológica (depresión, ansiedad, aislamiento, soledad, autoconcepto, satisfacción, memoria), social (relación con familiares y amigos, contacto y apoyo social) y económica (ingresos, situación económica familiar).

Dado que el cuestionario evalúa la calidad de vida por áreas, se tienen identificadas las preguntas relacionadas con cada una de ellas:

- Física.- 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16 y 31.
- Biológica.- 6, 7, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 61, 62 y 63.
- Psicológica.-24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41 y 45.
- Social.- 29, 35, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 58 y 59.
- Económica.- 54, 55, 56 y 57.

Las preguntas 60 y 64 evaluaron, en una escala tipo likert, la percepción que tiene el anciano de la atención y el servicio médico que recibe y de su calidad de vida.

La pregunta 65 es abierta y en ella el anciano sugirió que requeriría para mejorar su calidad de vida. Esta pregunta no se consideró dentro de la calificación global del cuestionario, ya que es sólo exploratoria de las principales necesidades del sujeto.

Las respuestas tienen un valor que va de 1 a 5 puntos y 0 en caso de que la pregunta no sea respondida. Para calificar el cuestionario se diseñó una plantilla en la cual se muestran los valores de cada respuesta (Anexo 3). Se sumaron los puntos obtenidos en el cuestionario y dicha calificación fue clasificada en 5 niveles de calidad de vida:

- Muy mala (161-188)
- Buena (231-252)
- Mala (189-209)
- Muy buena (253-274)
- Regular (210-230)

Si se obtuvieran 5 puntos en las 64 preguntas el puntaje máximo sería de 320, sin embargo, por los resultados obtenidos de la prueba se llegó a un límite de confianza de 274 máximo y un mínimo de 161, de tal forma que si se obtiene un puntaje mayor o menor, es

muy probable que ocurra un error de aplicación o de confiabilidad en las respuestas, por lo que se invalida la prueba (véase en resultados la construcción del cuestionario)

Para tales fines en el cuestionario se incluyeron reactivos de tres escalas: el cuestionario de salud general (Goldberg y Hillier, 1979), la escala de funcionamiento en actividades de vida diaria de Katz (Fernández Ballesteros y cols., 1992) y el cuestionario de calidad de vida diseñado por Joaquina Palomar (1995). Los reactivos fueron seleccionados bajo el criterio de los investigadores y de acuerdo a la literatura revisada. Es importante mencionar que el cuestionario de calidad de vida no ha sido validado y confiabilizado, su elaboración se llevó a cabo con base en las constantes y su fundamentación teórica según el área a la que corresponden en un medio institucionalizado.

5.9.2.3 Forma de Farmacovigilancia

Finalmente, se incluyó un formato de farmacovigilancia (previamente elaborado por el Dr. Javier Mijangos, adscrito a la Unidad de Farmacología Clínica de la UNAM en el Hospital Español). Dicho formato incluye datos demográficos del paciente (iniciales, habitación, edad, sexo, fecha de aplicación, fecha de ingreso, fecha de nacimiento), principales diagnósticos, fármacos prescritos a la fecha de aplicación, datos que fueron obtenidos del expediente clínico del paciente.

5.10 PROCEDIMIENTO

Es importante mencionar que al trabajar con el anciano se siguieron las recomendaciones de tener una actitud positiva y de respeto hacia él, ya que algunas de las preguntas pueden remover sentimientos o recuerdos que podrían incomodarlo y provocar que el anciano ya no quisiera continuar con la entrevista.

Después de haber definido los criterios de selección de la población, el primer paso fue aplicar el Minimental, en forma individual, para seleccionar así a los sujetos que conformarían la muestra de estudio. El procedimiento que se siguió fue buscar al sujeto dentro de su habitación e informarle que necesitábamos hacerle algunas preguntas solicitando su aprobación para ello. Se inició la aplicación del instrumento de acuerdo a las instrucciones contenidas y finalmente se calificó el Minimental.

A aquellos sujetos que obtuvieron en el Minimental una calificación mayor o igual a 20 puntos, en una segunda visita y previa aceptación de participar, se les aplicó el cuestionario de

calidad de vida. Después de la aplicación del cuestionario de calidad de vida se hizo la revisión del expediente para llenar la forma de farmacovigilancia con los principales diagnósticos del sujeto, así como los medicamentos prescritos hasta ese momento.

Finalmente, los datos fueron capturados en una base de datos de cómputo mediante el programa Excell para su análisis descriptivo y estadístico, se realizaron gráficas y tablas y se formularon las conclusiones.

5.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Los datos demográficos, las variables de los instrumentos: minimal, calidad de vida y farmacovigilancia se capturaron en una base de datos diseñada en el programa Excell incluyendo las siguientes hojas de trabajo:

- Hoja 1 - Todas las variables de la población de ancianos residentes a los que se les aplicó la prueba de minimal.
- Hoja 2 - Todas las variables de la población de ancianos residentes que obtuvieron un puntaje menor de 20 en el minimal.
- Hoja 3 - Todas las variables de la muestra de ancianos residentes que obtuvieron una calificación mayor o igual a 20 y que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida
- Hoja 4.- Todas las variables del cuestionario de calidad de vida por área.
- Hoja 5 - Distribución por sexo de las variables de la hoja 3.
- Hoja 6.- Distribución por tiempo de residencia de las variables de la hoja 3.
- Hoja 7.- Distribución por escolaridad de las variables de la hoja 3.
- Hoja 8.- Distribución por edad de las variables de la hoja 3.
- Hoja 9.- Distribución por puntaje obtenido en el minimal de las variables de la hoja 3
- Hoja 10.- Distribución por nivel socioeconómico de las variables de la hoja 3.
- Hoja 11.- Distribución por calificación obtenida en el cuestionario de calidad de vida de las variables de la hoja 3.
- Hoja 12 - Farmacovigilancia.

En todas estas hojas de datos se realizó estadística descriptiva a cada variable incluyendo las medidas de tendencia central: media, mediana, moda, desviación estándar y rangos

Capítulo VI

RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1 Construcción del Cuestionario de Calidad de Vida

En la primera fase del estudio se tuvo un cuestionario de 83 reactivos, el cual fue aplicado en un estudio piloto a 10 sujetos de la población de ancianos de las residencias. Esto con la finalidad de comprobar si los reactivos contaban con un lenguaje adecuado para la población.

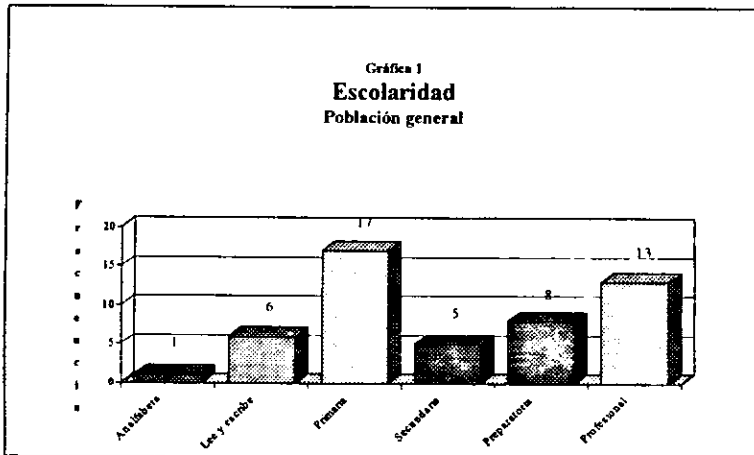
A partir de este estudio se excluyeron algunos reactivos por las siguientes razones: por incluir información repetida, se eliminaron 15 reactivos; por contener información que resultó incongruente de acuerdo a nuestra muestra, 9 reactivos; por no ser confiables al ser evadidas las respuestas de sexualidad, 3 reactivos. Los 56 reactivos que finalmente quedaron fueron redactados nuevamente, ahora en forma de afirmación ya que en la primera versión estaban en forma de preguntas; se agregaron 8 reactivos más y se estableció una escala de 5 puntos con la cual se jerarquizó su respuesta y se conservó una pregunta abierta para evaluar qué requeriría el sujeto para mejorar su calidad de vida en la residencia.

Finalmente, se obtuvo un cuestionario que incluyó 65 reactivos, los cuales evaluaron con 13 reactivos el área física, 14 el área biológica, 16 el área psicológica, 15 el área social, 4 el área económica, una que evaluaba la atención y el servicio médico, una en la que el sujeto valoró su calidad de vida; finalmente la pregunta abierta para evaluar lo que consideraba era necesario para mejorar su calidad de vida.

6.2 Características de la muestra de estudio

Se revisó a los pacientes de 2 residencias para ancianos: "El Refugio" y "Reina Sofía"; en la primera residían 51 ancianos y en la segunda 50. Después de identificar a los ancianos que no presentaron limitaciones o discapacidades motoras, auditivas graves y/o de lenguaje, se obtuvo una muestra de 50 sujetos (27 de la "Residencia "El Refugio" y 23 de la "Residencia Reina Sofía"), los cuales aceptaron participar en la aplicación de la prueba de estado mental "Minimental", como requisito para ser incluido en el estudio de calidad de vida.

Esta muestra estuvo constituida por 12 hombres y 38 mujeres, cuyo promedio de edad fue de 81.29 años, con rango de 60 a 104 años. Su escolaridad varió desde analfabetas hasta profesionistas, habiendo una moda de escolaridad primaria (Gráfica 1).



6.3 Resultados en el minimental de la muestra.

La calificación promedio en el minimental fue de 19.24 puntos, con un rango de 6 a 29 puntos. La prueba constó de 5 áreas, que son: orientación, registro, atención, evocación y lenguaje (Tabla 1).

Tabla 1
Minimental
Población General
Análisis por calificación total y por área

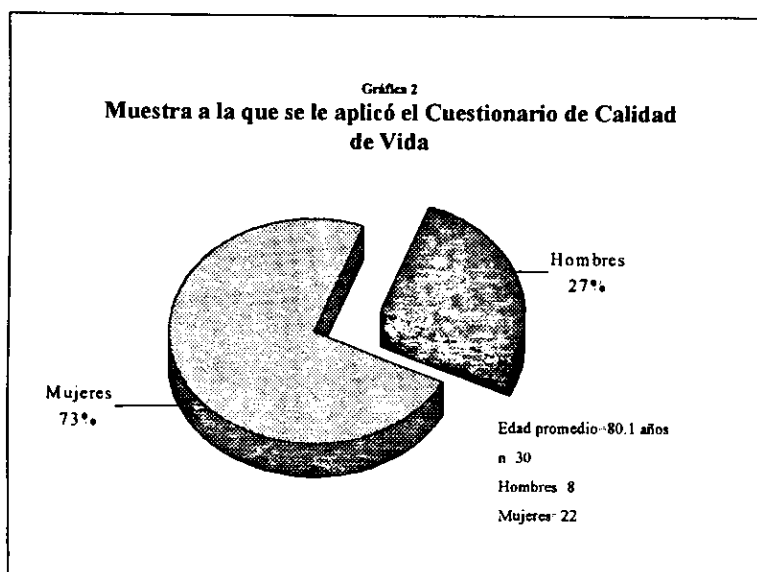
	Calif. Min.	Orientación	Registro	Atención	Evocación	Lenguaje
Promedio	19.24	6.58	2.9	2.58	1.02	6.16
Mediana	20	7	3	3.5	1	6
Moda	20	10	3	0	0	6
Des. Estándar	6.50	2.83	0.46	2.28	1.02	2.24
Rango	6-29	0-10	0-3	0-5	0-3	1-9

El mayor porcentaje de respuesta por áreas, se obtuvo en el área de registro (96.6%) con una puntuación promedio 2.9 (rango 0 a 3); el menor porcentaje estuvo dentro del área de evocación (34%) con una puntuación promedio de 1.02 (rango 0 a 3).

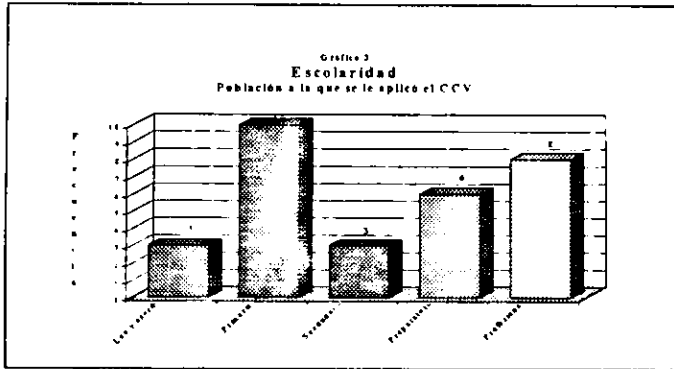
Se seleccionó a los sujetos que obtuvieron entre 20 y 30 puntos en el minimal, dado que un puntaje menor es considerado un indicador de deterioro, que incapacita para obtener respuestas confiables. Finalmente quedó una muestra de 30 sujetos a los cuales se les aplicó el cuestionario de calidad de vida.

6.4 Características de los ancianos a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida

Se aplicó el cuestionario de calidad de vida a 30 sujetos, de los cuales 22 fueron mujeres y 8 hombres. Con edad promedio de 80.1 años (rango de 60 a 97 años) (Gráfica 2).



Su escolaridad varió entre sujetos que leen y escriben y profesionistas, teniendo como moda el nivel primaria, como lo muestra la gráfica 3.



En cuanto al estado civil en su mayoría fueron divorciados (14 casos), también se encontraron 8 solteros, 5 casados y 3 viudos.

El estado socioeconómico previo a su ingreso a la residencia, se autoevaluó como medio en su mayoría, siendo 3 de nivel bajo, 23 de un nivel medio y 4 de nivel alto.

6.5 Resultados en el minimal de la muestra a la que se le aplicó el cuestionario de calidad de vida.

La calificación promedio que se obtuvo en la prueba fue de 23.7 puntos, con un rango de 20 a 29 puntos. El puntaje por área se describe en la tabla 2, la mayor puntuación se obtuvo en registro (100%), orientación (81.7%), lenguaje (81.8%), atención (77.4%) y la menor puntuación en evocación (43.3%).

Tabla 2
Minimal
Población a la que se le aplicó el CCV

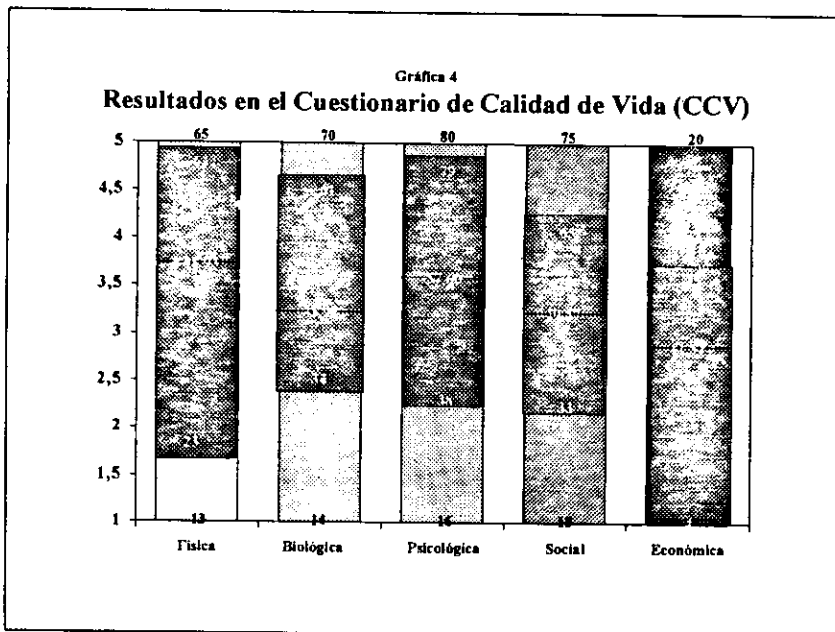
	Conciencia	Orientación	Registro	Atención	Evocación	Lenguaje
Promedio	23.7	81.7	100	77.4	43.3	81.8
Modo	29	9	100	5	1	7.5
Moda	20	10	1	5	2	9
Desv. Est.	1.14	1.84	0	1.85	0.92	1.40
Rango	20-29	4-10	1-1	0-5	0-3	4-9

6.6 Resultados en el cuestionario de calidad de vida

Después de la selección de la muestra por medio de la aplicación del minimal, en un lapso aproximado de 1 mes, se realizó la aplicación del cuestionario de calidad de vida, el cual constó de 65 reactivos, ya descritos previamente (ver anexo 2).

La calificación promedio obtenida en el cuestionario fue de 220.7 puntos, con un rango entre 161 y 274 puntos.

La mínima calificación que se puede alcanzar es de un punto por pregunta por lo que la suma del puntaje mínimo es igual al número de preguntas por 1, el máximo puntaje alcanzado es de 5 puntos por pregunta, por lo que la suma del puntaje máximo es igual al número de preguntas por 5; con fines de tener la misma dimensión en las diferentes áreas estudiadas, independientemente del número de preguntas que exploran cada área, se graficó con una dimensión de 1 a 5, donde el 1 equivale a la categoría que el sujeto califica como muy malo y 5 equivale a la categoría de muy bueno. (Gráfica 4).



Finalmente, los resultados obtenidos de la calificación de los cuestionarios se dispersan entre el 1 y 5 de cada área, como lo muestra la gráfica 4.

6.6.1 Area Física

El área física se evaluó con 13 reactivos, la calificación promedio fue de 48.93 puntos, con un rango de 23 a 64, una mediana de 50.5 y una moda de 62. Esta área evalúa movilidad, actividades de vida diaria y capacidad de autocuidado.

6.6.2 Area Biológica

El área biológica se evaluó con 14 reactivos, la calificación promedio fue de 45.97 puntos, se obtuvo un rango de 34 a 61, mediana y moda de 46. En esta área se evaluó la salud, enfermedad, alimentación, dolor, fármacos, sueño y sexualidad.

6.6.3 Area Psicológica

En el área psicológica se evaluaron 16 reactivos, el promedio de calificación fue de 57.6 puntos, el rango fue de 38 a 79, la mediana de 59 y la moda de 63. Esta área abarca estados emocionales (como depresión y ansiedad), aislamiento, soledad, satisfacción y memoria.

6.6.4 Area Social

El área social se evaluó con 15 reactivos, obtuvo un promedio de 49.57 y un rango de 33 a 65, la mediana y la moda de 48. En esta área se evalúan relaciones interpersonales (familiares, amigos y con el medio que le rodea), contacto y apoyo social, rol social y familiar.

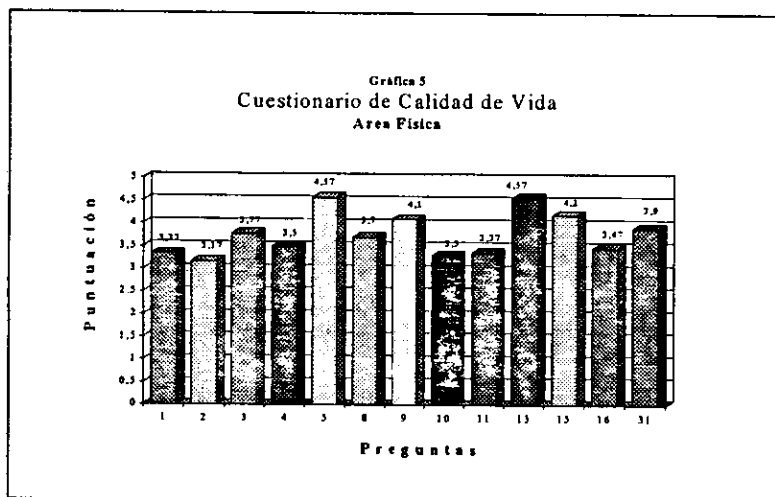
6.6.5 Area Económica

El área económica fue evaluada con 4 reactivos, obtuvo una calificación promedio de 11.57, con un rango de 6 a 15, la mediana de 12 y la moda de 14. Evalúa la situación económica actual del sujeto.

6.7 Análisis del cuestionario de calidad de vida por área y por preguntas.

6.7.1 Area Física

Los resultados en el área física se muestran por el promedio obtenido en cada una de las preguntas del cuestionario en la gráfica 5.



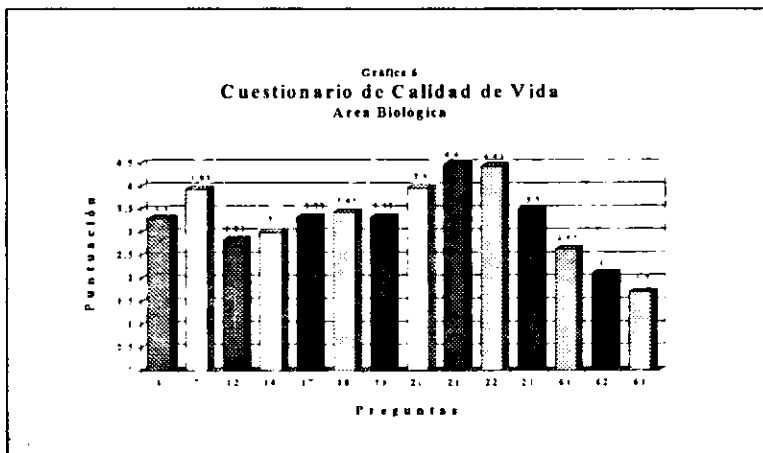
En esta área se documenta el desempeño físico, los resultados obtenidos en los reactivos se reportan a continuación de mayor a menor puntuación:

- Los reactivos 5 y 13 que describen la necesidad de ayuda para comer y para tomar medicamentos tienen cada uno un promedio de 4.57, señalando que los sujetos requieren de poca ayuda para estas actividades.
- El reactivo 15, sobre las limitaciones debidas al tratamiento médico en las actividades habituales, con un promedio de 4.20, señala que el tratamiento pocas veces le impide realizar sus actividades.
- El reactivo 9 evalúa la necesidad de ayuda para utilizar el teléfono, obtuvo un promedio de 4.1 señalando que requiere de poca o ninguna ayuda para realizar esta actividad.
- El reactivo 31, frecuencia de fatiga, con promedio de 3.9, mediana de 4 y moda de 5, señaló que los sujetos algunas veces presentan fatiga.

- Los reactivos 3, 8 y 4, que señalan la necesidad de ayuda para usar el escusado, salir de la cama y caminar, obtuvieron un promedio de 3.77, 3.7 y 3.5 respectivamente, lo que significa que el sujeto requiere de poca o ninguna ayuda para realizar estas actividades
- El reactivo 16, con relación al impedimento de la enfermedad para realizar sus actividades, con promedio de 3.47, significando que la enfermedad en algunas ocasiones limita sus actividades.
- El reactivo 11, frecuencia con que el sujeto hace ejercicio, con un promedio de 3.37, señaló que algunas veces hacen ejercicio.
- El reactivo 1, sobre la necesidad de ayuda para realizar cuidado personal, con promedio de 3.33, señaló que el sujeto requiere algunas veces ayuda.
- El reactivo 10, limitaciones por impedimentos físicos para realizar actividades cotidianas, tuvo un promedio de 3.3, mediana de 3 y moda de 5, lo que sugirió que sus impedimentos físicos algunas veces limitan sus actividades.
- El reactivo 2, que describe la necesidad de ayuda para realizar actividades habituales, tuvo un promedio de 3.17, con una mediana de 3 y una moda de 5, lo que indicó que los sujetos requieren algunas veces de ayuda.

6.7.2 Area Biológica

Los resultados del área biológica se muestran por el promedio obtenido en cada una de las preguntas del cuestionario se encuentran en la tabla de la gráfica 6.

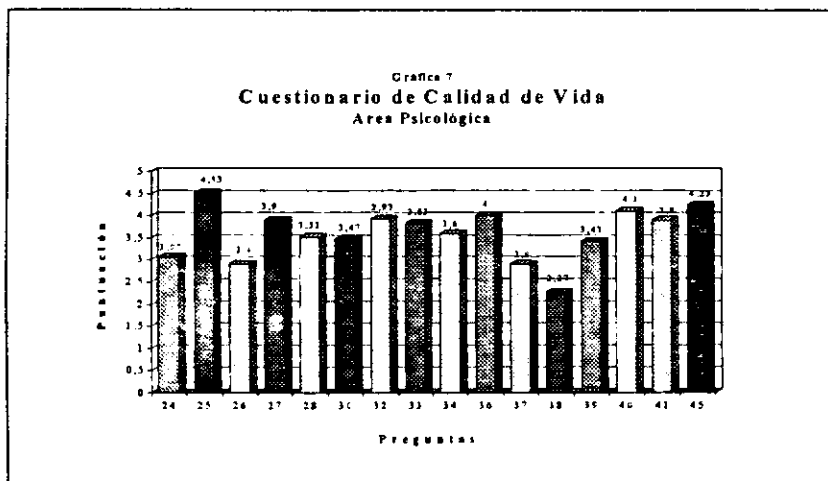


En ésta área el anciano autoevaluó su estado de salud-enfermedad, su alimentación, los medicamentos que usa, así como su sueño y sexualidad. A continuación se menciona la puntuación promedio obtenida en cada reactivo de mayor a menor puntuación.

- Los reactivos 21 y 22 que evalúan molestias al respirar y la presencia de palpitaciones o aceleración del corazón, obtuvieron un promedio de 4.47 y 4.43 respectivamente, lo que implica que pocas veces se han presentado estos síntomas.
- El reactivo 20 que evalúa el dolor tensión o presión en la cabeza obtuvo un promedio de 3.97, mediana de 4 y moda de 5, mostró que pocas veces se presentan estos síntomas.
- El reactivo 7, que evalúa la frecuencia con que cambia el apetito del sujeto, con promedio de 3.93, mediana de 4 y moda de 3; señaló que algunas veces cambia su apetito.
- El reactivo 23, acerca de la frecuencia con que se presentan problemas de sueño, alcanzó un promedio de 3.5, mediana de 3 y una moda de 5; lo que señaló que algunas veces se presentan problemas de sueño.
- El reactivo 18, autoevaluó el estado de salud actual, con un promedio de 3.43; el cual fue calificado como regular en promedio.
- Los reactivos 17 y 19, que evalúan la presencia de enfermedad y de molestias corporales, obtuvieron un promedio cada uno de 3.33, lo que indica que algunas veces se sienten enfermos y con molestias corporales.
- El reactivo 6 evalúa la percepción de lo adecuado de su alimentación, lo cual tuvo un promedio de 3.3; esto señaló que los sujetos consideran su alimentación regular.
- El reactivo 14 evalúa el agrado de tomar medicinas, obtuvo un promedio de 3, mediana de 3 y moda de 5, lo que señala que a veces les desagrada tomar sus medicinas.
- El reactivo 12, autoevaluó cualitativamente la cantidad de medicamentos que consumen, obteniéndose un promedio de 2.83; lo que señaló que consideraban en promedio pocos los medicamentos que consumían.
- Los reactivos 61, 62 y 63 que evaluaron las relaciones sexuales, tuvieron un promedio de 2.63, 2.1 y 1.7 respectivamente; lo que señala que perciben como poco posible el que los ancianos tengan relaciones sexuales, poco importante para sí mismo tenerlas e inexistente el deseo de las mismas.

6.7.3 Area Psicológica

Los resultados del área psicológica se muestran por el promedio obtenido en cada una de las preguntas del cuestionario en la gráfica 7.



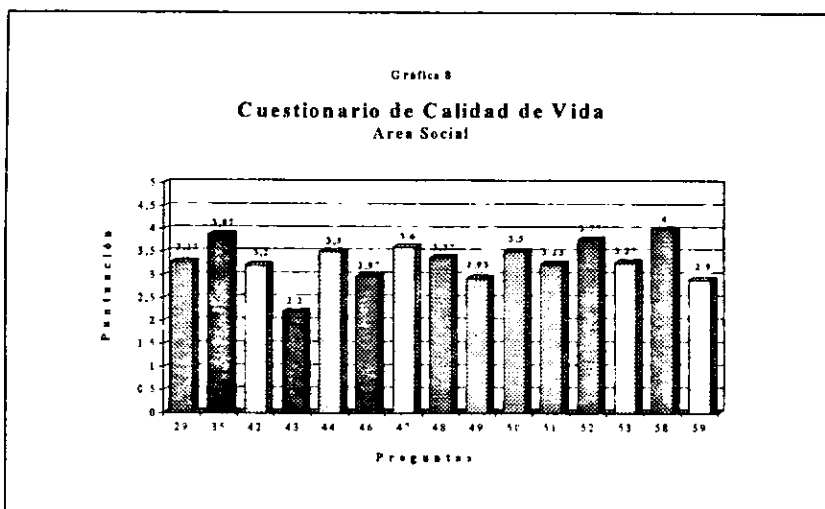
En ésta área el anciano autoevaluó su estado emocional (como depresión y ansiedad), aislamiento y soledad, satisfacción y memoria. A continuación se mencionan la puntuación promedio obtenida en cada reactivo de mayor a menor:

- El reactivo 25, con un promedio de 4.53, indica que el anciano se siente aburrido pocas veces.
- El reactivo 45, sobre percepción de soledad aun cuando se esta con gente, obtuvo un promedio de 4.23, mediana y la moda de 5, señalando que el sujeto se siente solo algunas veces cuando está con gente.
- El reactivo 40 sobre la percepción del nivel de logro de metas, obtuvo un promedio de 4.1, lo que mostró que el sujeto percibe que logró sus metas casi totalmente.
- El reactivo 36, acerca de la importancia que dio el anciano a la opinión que las demás personas tienen de él, con promedio de 4, mediana y moda de 5, demostró que en promedio es poco importante lo que los demás opinen de él.
- El reactivo 32, sobre la frecuencia con que se presentan cambios en su carácter, con promedio de 3.93, mediana de 4.5 y moda de 5, señaló que esto sucede pocas veces.

- Los reactivos 27 y 41, con relación a la autoevaluación de su memoria comparada con la de los demás y la satisfacción de su vida pasada, obtuvieron un promedio de 3.9 cada uno, lo que mostró que el sujeto percibe como buena su memoria y como satisfactoria su vida pasada.
- El reactivo 33, acerca de la preocupación por el futuro, con promedio de 3.83, mediana de 4 y moda de 5; señaló que el sujeto se siente poco preocupado por su futuro.
- El reactivo 34, percepción de las condiciones en las que el sujeto se encuentra, con promedio de 3.6, mediana y moda de 4; en donde los sujetos señalaron como regulares sus condiciones.
- El reactivo 28, sobre la frecuencia con que se presenta la idea de morir, tuvo un promedio de 3.53, una mediana de 3.5 y una moda de 5, señaló que algunas veces piensan en la idea de morir.
- El reactivo 30, acerca de sentirse impaciente o angustiado, obtuvo un promedio de 3.47, indicando que esto sucede algunas veces.
- El reactivo 39, evaluó presencia de deseos de vivir, obteniendo un promedio de 3.43, mediana y moda de 4, lo que indicó que sus deseos de vivir están algunas veces presentes.
- El reactivo 24, acerca de sentirse triste y con ganas de llorar, obtuvo un promedio de 3.07; señalando que esto sucede algunas veces.
- Por los reactivos 26, 37 y 38, se observa que pocas veces se sienten útiles (promedio=2.9), que a veces les resulta fácil tomar decisiones (promedio=2.9), y que consideran poco difícil realizar cosas nuevas (promedio=2.27).

6.7.4 Area Social

Los resultados del área social se muestran por el promedio obtenido en cada una de las preguntas del cuestionario en la gráfica 8.



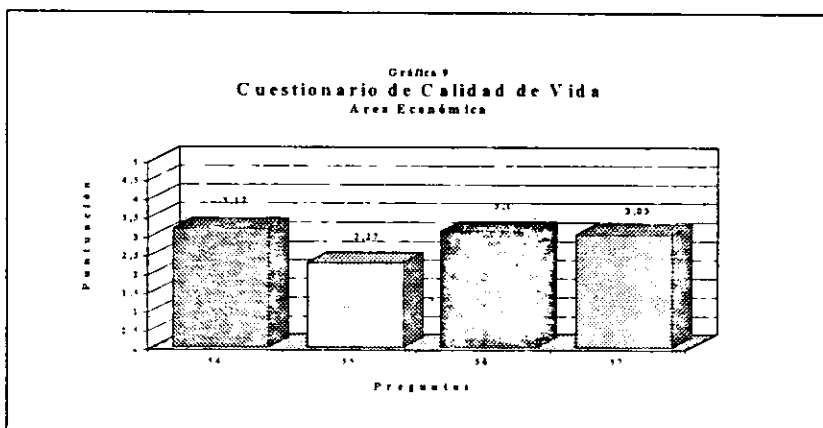
En ésta área el anciano autoevaluó sus relaciones familiares, con amigos y compañeros, apoyo, rol social y familiar. La puntuación promedio obtenida en cada reactivo, es la siguiente:

- 58, relacionado con el agrado de realizar actividades solo, obtuvo un promedio de 4, lo que significa que califican como agradable realizar actividades solo.
- 35, sobre la frecuencia con la que el sujeto se siente rechazado por los demás, con un promedio de 3.87, mediana de 4 y moda de 5, lo que indica que casi nunca se sienten rechazados por los demás.
- 52, sobre satisfacción con la relación familiar, con promedio de 3.7, mediana y moda de 4, señaló que los sujetos están satisfechos con su relación familiar.
- 47, la autoevaluación de la relación con sus compañeros, tuvo un promedio de 3.6, una mediana y moda de 4, lo que significa que considera buena la relación con sus compañeros.
- 44, con relación al agrado de tener a alguien con quien platicar; obtuvo un promedio igual a 3.5, median y moda de 4, lo que significa que le resulta agradable tener a alguien con quien platicar.

- 50, frecuencia de comunicación con familiares y amigos, tuvo un promedio de 3.5, mediana y moda de 4, indicó que ésta es regular.
- 48, sobre satisfacción con el apoyo que existe en la residencia, tuvo un promedio de 3.37, mediana de 3.5 y moda de 4, mostró que percibieron en promedio como poco satisfactorio el apoyo existente en la residencia.
- Los reactivos 29, 53 y 51 califican como indiferente el estar solos (promedio=3.27), los ancianos se consideran dentro de su núcleo familiar tan importante como todos (promedio=3.27) y consideran como regular la frecuencia de visitas de familiares y/o amigos (promedio=3.23).
- 42, agrado de conocer a nuevas personas, con promedio de 3.2, mediana y moda de 4, se calificó como de algunas veces agradable conocer nuevas personas.
- 46, 49 y 59, sobre el agrado de asistir a reuniones, agrado del ambiente en la residencia y el interés en participar en actividades grupales, obtuvieron un promedio de 2.97, 2.93 y 2.9 respectivamente, señaló que las dos primeras les resultan a veces agradable y la última a veces interesante.
- 43, facilidad para hacer nuevas amistades dentro de la residencia, con promedio de 2.2, mediana de 2 y moda de 1, señaló que esto es un poco difícil.

6.7.5 Area Económica

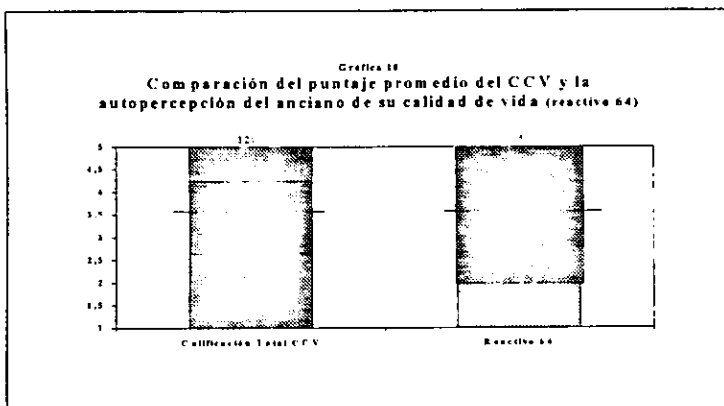
Los resultados en el área económica se muestran por el promedio obtenido en cada una de las preguntas del cuestionario en la gráfica 9.



En ésta área el anciano autoevaluó su situación económica actual. A continuación se mencionan la puntuación promedio obtenida en cada reactivo de mayor a menor:

- El reactivo 54, autoevaluó su situación económica actual, obtuvo un promedio de 3.17; calificándola como regular
- El reactivo 56, sobre realizar actividades remuneradas, obtuvo un promedio de 3.1, mediana y moda de 4; señaló que a veces sería agradable realizarlas.
- El reactivo 57, acerca de problemas económicos del país, con promedio de 3.03, mediana de 3 y moda de 2, indicó que en promedio les preocupan poco.
- El reactivo 55, sobre sus ingresos, tuvo un promedio de 2.27; señaló como poco adecuados sus ingresos.

Asimismo se incluyeron 2 preguntas que pretendían evaluar en forma general la atención médica y la autopercepción de calidad de vida (Gráfica 10).



Resultando que:

- El reactivo 64 sobre su autoevaluación de calidad de vida en general, alcanzó un promedio de puntuación de 3.6, calificándose como buena en el 46.7% de los casos, como regular en el 43.3% de los casos, muy buena en el 6.7% y mala en el 3.3%
- El reactivo 60, sobre la atención y el servicio médico, alcanzó una puntuación promedio de 3.5, siendo la respuesta más frecuente de 4 (46.7%) que califica como

bueno al servicio médico, a diferencia del 26.7% que lo califica como regular, el 16.6% lo califica como malo y el 10% que lo califica como muy bueno.

Finalmente, la pregunta 65, que fue una pregunta abierta, evaluaba que es lo que el anciano requería para mejorar su calidad de vida; encontrándose que 8 de los sujetos reportaban que no requerían de nada para mejorarla, 7 requerían de más atención y servicios, 4 querían estar con su familia y en casa, 2 querían tener más actividades de entretenimiento, asimismo 11 de los sujetos reportaron que requerían alguno de los siguientes aspectos: trabajar, salud, morir, mejor comida, habitación sola, más estudios, dinero, caminar, amigos, ambiente tranquilo, afecto.

A continuación se describe en las tablas 3, 4, 5, 6 y 7 las medidas de tendencia central en los reactivos que se incluyen por áreas y su frecuencia de respuesta por opción, tales resultados serán analizados en la discusión de los mismos.

Tabla 3
AREA FISICA

Pregunta	P1	P2	P3	P4	P5	P8	P9	P10	P11	P13	P15	P16	P31	
Promedio	3,33	3,17	3,77	3,50	4,57	3,70	4,10	3,30	3,37	4,57	4,20	3,47	3,90	
Mediana	3	3	5	4	5	5	5	3	3	5	5	4	4	
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	
Desv. Est.	1,63	1,74	1,65	1,63	1,10	1,78	1,49	1,58	1,25	1,14	1,47	1,63	1,16	
FRECUENCIA	5	12	13	18	12	25	18	20	11	7	25	21	13	13
	4	2	0	0	7	1	2	2	3	7	2	2	4	6
	3	7	4	5	2	2	1	3	6	8	0	3	2	6
	2	2	5	1	2	0	1	2	4	6	1	2	7	5
	1	7	8	6	7	2	8	2	6	2	2	0	3	0
S/resp	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	
Máx	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Mín	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	

Tabla 4															
AREA BIOLOGICA															
Pregunta	P6	P7	P12	P14	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P61	P62	P63	
Promedio	3,30	3,93	2,83	3,00	3,33	3,43	3,33	3,97	4,47	4,43	3,50	2,63	2,10	1,70	
Mediana	3	4	3	3	3,5	4	3	4	5	5	3	2,5	2	1	
Moda	3	3	3	5	4	4	3	5	5	5	5	1	1	1	
Desv Est	0,84	0,87	1,26	1,88	1,24	1,04	1,37	1,22	1,07	1,04	1,38	1,94	1,45	1,15	
FRE CUE N CIA	5	2	10	3	11	5	3	8	14	22	21	11	9	3	1
	4	9	8	2	3	10	14	5	6	4	4	3	3	3	1
	3	16	12	19	3	8	8	11	7	1	3	8	3	3	5
	2	2	0	2	4	5	3	1	1	2	1	7	2	8	6
	1	1	0	1	6	1	2	5	2	1	1	0	9	11	15
S/resp	0	0	3	3	1	0	0	0	0	0	1	4	2	2	
Max	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Min	1	3	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	

Tabla 5																	
AREA PSICOLOGICA																	
Pregunta	P24	P25	P26	P27	P28	P30	P32	P33	P34	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P45	
Promedio	3,07	4,53	2,90	3,90	3,53	3,47	3,93	3,83	3,60	4,00	2,90	2,27	3,43	4,10	3,90	4,23	
Mediana	3	3,5	3	4	3,5	3	4,5	4	4	5	3,5	2	4	4	4	5	
Moda	3	5	1	4	5	3	5	5	4	5	4	1	4	5	4	5	
Desv Est	1,31	5,37	1,52	0,76	1,31	1,22	1,23	1,32	0,93	1,29	1,56	1,26	1,30	1,16	1,12	1,22	
FRE CUE N CIA	5	5	12	6	6	10	8	15	13	3	16	3	0	7	14	10	20
	4	6	2	6	16	5	6	2	8	17	3	12	8	9	9	13	2
	3	10	9	5	7	8	10	11	1	6	8	5	3	8	5	2	4
	2	4	4	5	1	5	4	0	7	3	2	1	9	2	1	4	3
	1	5	1	8	0	2	2	2	1	1	1	0	7	9	4	0	1
S/resp	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	
Max	5	32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	
Min	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	

Tabla 6
AREA SOCIAL

Pregunta	P29	P35	P42	P43	P44	P46	P47	P48	P49	P50	P51	P52	P53	P58	P59	
Promedio	3,27	3,87	3,20	2,20	3,50	2,97	3,60	3,37	2,93	3,50	3,23	3,77	3,27	4,0	2,9	
Mediana	4	4	4	2	4	3,5	4	3,5	3	4	3	4	3	4	3,5	
Moda	4	5	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
Desv. Est.	1,14	1,20	1,24	1,42	1,25	1,40	0,97	1,07	1,28	1,01	0,97	0,86	1,05	0,8	1,2	
FRECUENCIA	5	3	12	2	1	6	3	5	4	1	4	2	4	3	7	0
	4	13	7	14	8	13	12	12	11	13	13	11	19	10	17	15
	3	5	8	7	2	4	3	10	8	5	8	10	3	11	4	4
	2	7	1	3	5	4	5	2	6	6	4	6	4	4	2	5
	1	2	2	3	13	3	7	1	1	4	1	1	0	2	0	6
S/resp	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Máx	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	
Min	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	

Tabla 7
AREA ECONOMICA

Pregunta	P54	P55	P56	P57	
Promedio	3,17	2,27	3,10	3,03	
Mediana	3	2	4	3	
Moda	3	2	4	2	
Desv. Est.	0,65	1,41	1,40	1,27	
FRECUENCIA	5	1	1	2	6
	4	6	6	17	4
	3	20	6	0	7
	2	3	8	4	11
	1	0	5	7	2
S/resp	0	4	0	0	
Máx	5	5	5	5	
Min	2	0	1	1	

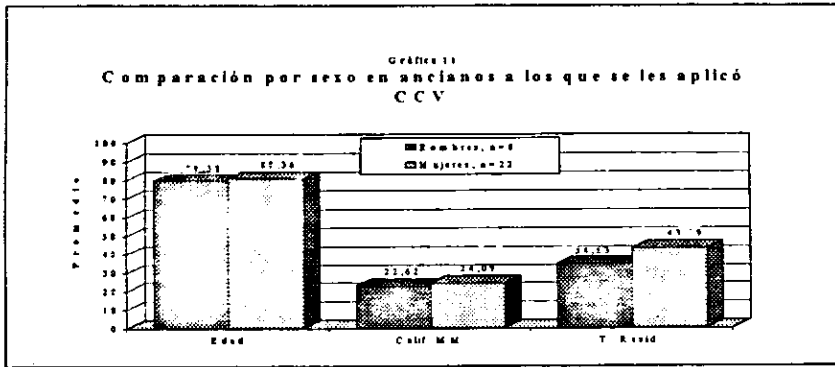
6.8 Comparación por sexo.

Es importante mencionar que la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres (n=22) y los hombres representaron una minoría dentro de la misma (n=8).

En promedio la edad de los hombres fue de 79.38 y la de las mujeres fue de 80.36 años. Ambos presentaron una moda de escolaridad primaria.

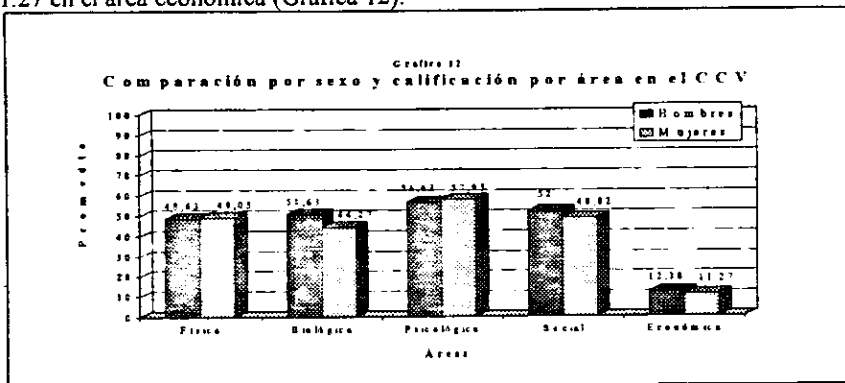
Con relación al tiempo de residencia, los hombres presentan un promedio de 34.63 meses y las mujeres de 43.1 meses.

En el minimal los hombres obtuvieron una calificación promedio de 22.6 y las mujeres de 24.1 (Gráfica 11).



En cuanto al estado civil, la mayoría de los sujetos fueron divorciados (hombres=2, mujeres=12), en segundo lugar estuvieron los solteros (hombres=1, mujeres=7) y se encontraron 5 casos cuyo estado civil era el de casado (hombres=4, mujeres=1) y 3 viudos (hombres=1, mujeres=2).

La calificación promedio obtenida en el cuestionario de calidad de vida por los hombres fue de 227.63 y la de las mujeres fue de 218.18. Específicamente por área, los resultados fueron los siguientes: en el área física los hombres obtuvieron un promedio de 48.63 y las mujeres de 49.05; en el área biológica el promedio de los hombres fue de 50.63 y el de las mujeres de 44.27; en el área psicológica los hombres obtuvieron un promedio de 56.63 y las mujeres de 57.95; en el área social el promedio de los hombres fue de 52 y el de las mujeres de 48.82; por último los hombres obtuvieron un puntaje de 12.38 y las mujeres de 11.27 en el área económica (Gráfica 12).



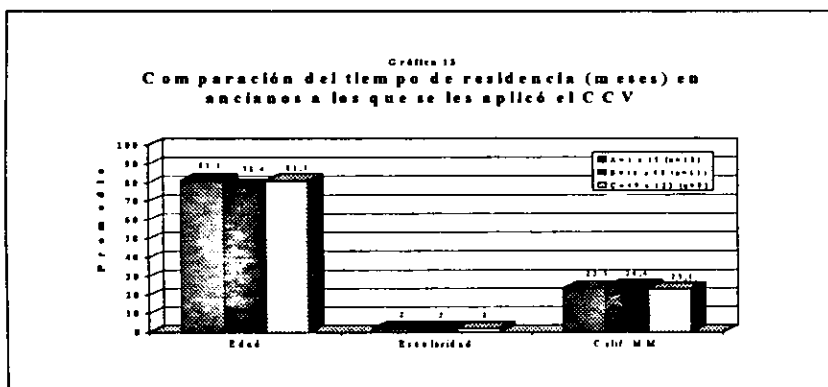
6.9 Comparación por tiempo en la residencia.

Para comparar estos datos se hicieron tres grupos: el grupo A incluyó a los sujetos que han vivido en la residencia de 1 a 15 meses ($n=10$), en el grupo B se incluyó a los sujetos que han estado de 16 a 48 meses ($n=11$) y en el grupo C se incluyó a los sujetos que han permanecido de 49 a 123 meses en la residencia ($n=9$).

El promedio de edad del grupo A fue de 81.1 años, el del grupo B de 78.4 y el grupo C de 81.1.

La moda de escolaridad fue primaria para todos los grupos.

En cuanto a la calificación obtenida en el minimental el promedio del grupo A fue de 23.5 puntos, el grupo B de 24.4 y el grupo C de 23.1 (Gráfica 13).



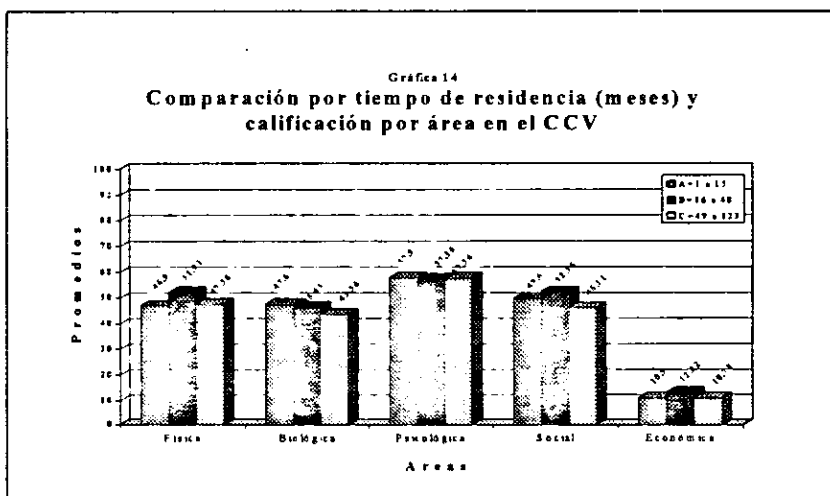
En cuanto al estado civil predominaron los divorciados siendo en el grupo A=4, B=6 y C=4; 4 solteros en el grupo A, 1 en el B y 3 en el C; 3 casados en el grupo B y 1 en los grupos A y C; y 1 viudo tanto en A como en B y C.

El promedio en cuanto al tiempo de residencia en el grupo A fue de 7.7 meses, en el grupo B de 26.27 meses y en el C de 95.44 meses.

La calificación promedio en el cuestionario de calidad de vida fue para el grupo A de 220.1, para el grupo B de 227.64 y para el grupo C de 212.89.

El promedio de calificación por área fue el siguiente: en el área física el grupo A obtuvo un promedio de 46.9, el B de 51.91 y el C de 47.56; el área biológica fue calificada

en el grupo A con 47.6, el B con 46.45 y el C con 43.56; en lo referente al área psicológica se obtuvo un promedio de 57.9 en el grupo A, de 57.36 en el B y en el C fue de 57.56; en el área social el grupo A obtuvo un promedio de 49.6, el B de 52.36 y el C de 46.11; el grupo A obtuvo un promedio en el área económica de 10.9, el B de 12.82 y el C de 10.78 (Gráfica 14).



6.10 Comparación por edad.

Para la comparación por edad se agrupó a la muestra en cinco grupos: el grupo A de 60 a 69 años (n=5), el grupo B de 70 a 79 (n=7), el grupo C de 80 a 89 (n= 11) y el grupo D de 90 o más (n=7).

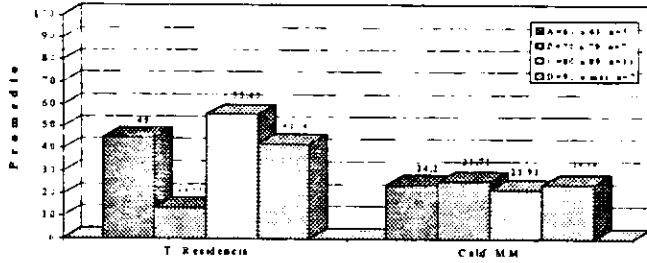
El promedio de edad de A fue 64, el de B fue 74, el de C fue 83.64 y el del grupo D fue 92.14.

La moda de escolaridad presentada fue de profesional para B y C, de preparatoria o equivalente para el grupo A y de primaria para el grupo D.

La calificación promedio obtenida en el minimal fue la siguiente: A=24.20, B=25.71, C=21.91 y D=24 14.

El promedio de tiempo de residencia en meses fue de 45 para A, de 13.57 para B, de 55.45 para C y de 42.14 para D (Gráfica 15).

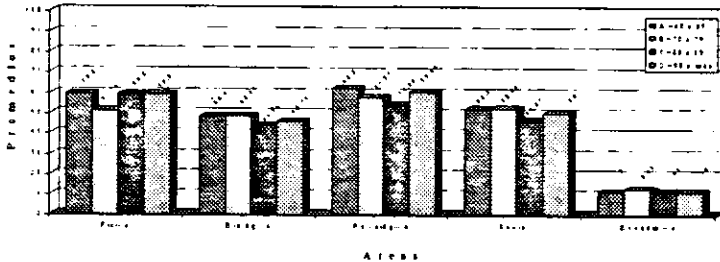
Grafica 15
Comparación por edad de ancianos a los que se les aplicó el CCV



La calificación promedio obtenida en el cuestionario de calidad de vida fue para A de 241, para B de 228.71, para C de 205.82 y para D fue 221.57.

Las calificaciones promedio por área se muestran en la gráfica 16.

Grafica 16
Comparación por grupos de edad y calificación por área en el CCV



6.11 Comparación por calificación en minimental en pacientes a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida.

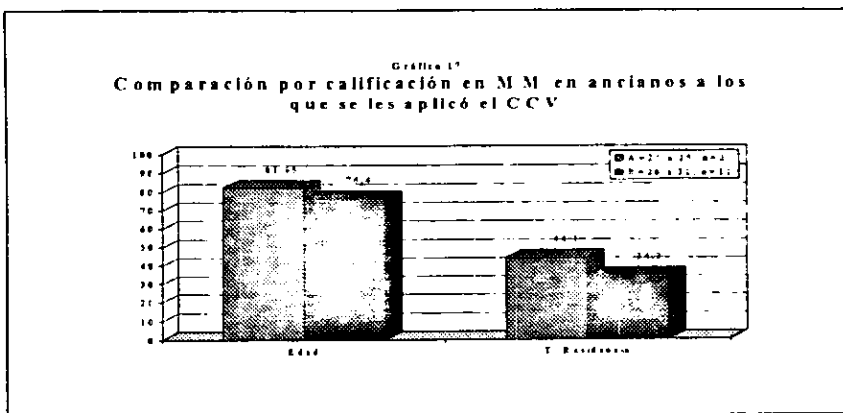
Para su estudio la muestra se dividió en dos grupos dependiendo de la puntuación obtenida en el minimental. El grupo 1 conformado por los sujetos que obtuvieron una puntuación entre 20 y 25 (n=20) y el grupo 2 que tuvo una puntuación de 26 a 30 (n=10)

El promedio de edad en el grupo 1 fue de 81.95 años y en el grupo 2 de 76.4.

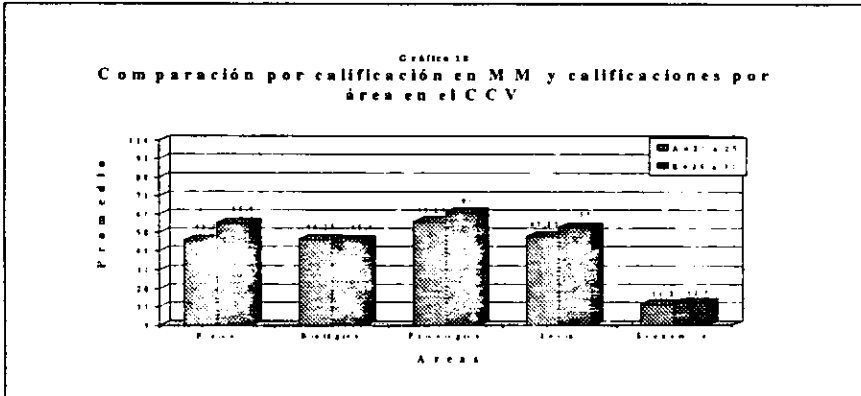
La escolaridad presentó una moda de nivel primaria para el grupo 1 y para el grupo 2 de secundaria.

En el minimental, el promedio de calificación fue para el grupo 1 de 21.75 y para el grupo 2 de 27.60.

En cuanto al tiempo de residencia, el grupo 1 obtuvo un promedio de 44.1 meses y el grupo 2 de 34.3 (Gráfica 17).



La calificación promedio en el cuestionario de calidad de vida fue para el grupo 1 de 214.15 y para el grupo 2 de 233.8. En el área física el grupo 1 obtuvo un promedio de 45.7 y el 2 de 55.4. En el área biológica el promedio fue de 46.25 y 45.4 respectivamente. En el área psicológica en el grupo 1 fue de 55.85 y en el 2 de 61.1. En el área social el promedio del grupo 1 fue de 47.85 y del grupo 2 fue de 53. Por último, en el área económica el promedio fue de 11.30 y 12.10 respectivamente (Gráfica 18).



6.12 Comparación por escolaridad en pacientes a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida.

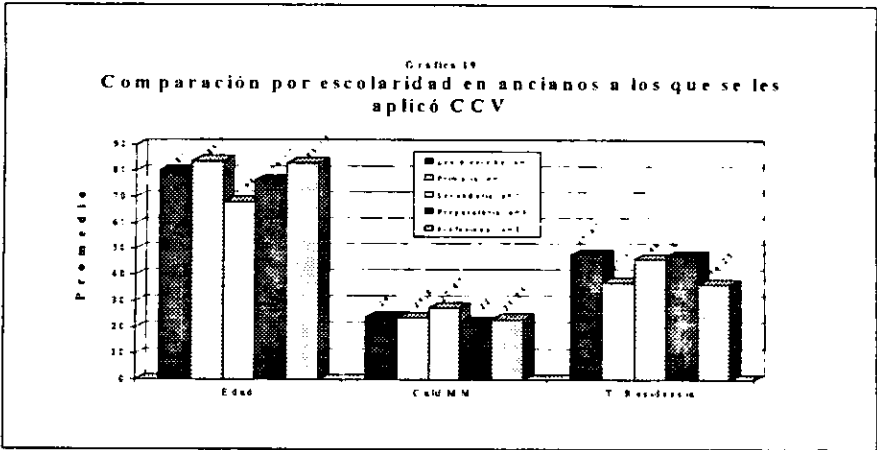
Para esta comparación se formaron 5 grupos: A =Lee/escrbe (n=3), B=Primaria (n=10), C=Secundaria (n=3), D=Bachillerato (n=6), E=Profesional (n=8).

En lo que respecta a la edad, el grupo A presentó un promedio de 80 años, el grupo B de 83.8, el grupo C de 68, el grupo D de 76.17 y el grupo E de 83.13

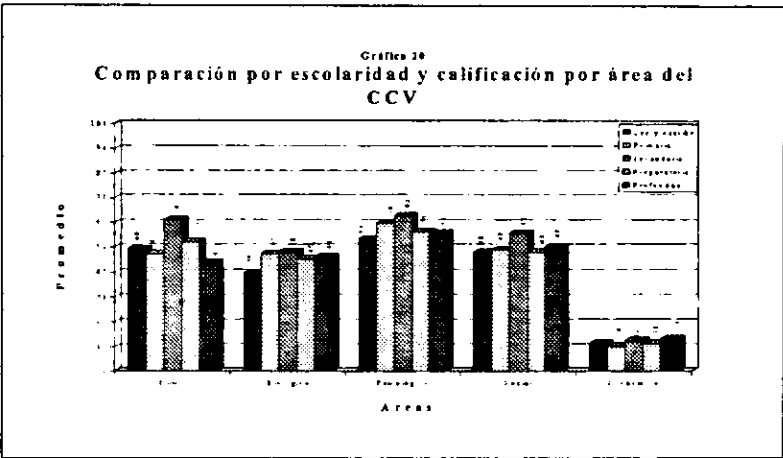
En los resultados del minimal el grupo A tuvo un promedio de 24 puntos, el B de 23.8, el C de 27.67, el D de 22 y el E de 23.25 puntos.

En lo que se refiere al estado civil, el grupo A presentó 2 divorciados y 1 viudo; en el grupo B hubo 5 divorciados, 3 solteros y 2 casados; en el grupo C, 3 casados, 1 viudo y un divorciado, en el grupo D 4 solteros y 2 divorciados; en el grupo E 4 divorciados, 2 casados, 1 viudo y un soltero.

El promedio en el tiempo de residencia se mostró así: en el grupo A un promedio de 47.67 meses, el grupo B de 37.1 meses, el grupo de C 46 meses, el D de 47.17 meses y el grupo E de 36.25 (Gráfica 19).

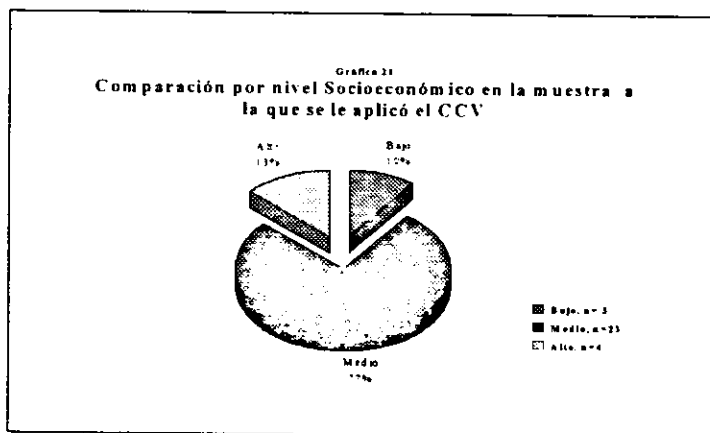


El promedio en el cuestionario de calidad de vida fue para el grupo A de 208 puntos, para el grupo B de 221, para el grupo C 247, el grupo D de 220 y para el grupo E de 215.75. Los resultados por promedio en cada área del cuestionario de calidad de vida se muestran en la gráfica 20.



6.13 Comparación por nivel socioeconómico en pacientes a los que se les aplicó el cuestionario de calidad de vida.

Para comparar el nivel socioeconómico, antes de ingresar a la residencia, se clasificó la muestra en 3 grupos: A, nivel bajo (n=3); B, nivel medio (n=23); y C, nivel alto (n=4) (Gráfica 21).



Con respecto a la edad, el grupo A presentó un promedio de 82, el grupo B de 81.35 y el C de 71.5 años.

En la escolaridad, los grupos A y B presentaron una moda de nivel primaria y el grupo C una moda de nivel profesional.

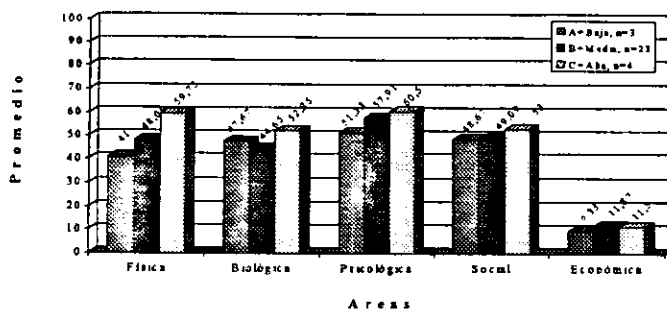
En lo que respecta a los resultados del minimal el grupo A tuvo un promedio de 22.33 puntos, el grupo B de 23.91 y el grupo C de 23.5.

En el estado civil, el grupo A presentó 1 divorciado y dos casados; el grupo B 12 divorciados, 7 solteros, dos casados y 2 viudos; el grupo C un soltero, un casado, un viudo y un divorciado.

Por su parte en cuanto al tiempo de residencia se encontró que el grupo A presentó un promedio de 8.33 meses, el grupo B de 47.26 y el grupo C de 28.25 meses.

La calificación en el cuestionario de calidad de vida, fue para el grupo A de 205.33 puntos, para el grupo B de 218.61 y para el grupo C de 244.25. La gráfica 22 muestra los resultados en promedio por cada área del cuestionario de calidad de vida y en relación a su nivel socioeconómico.

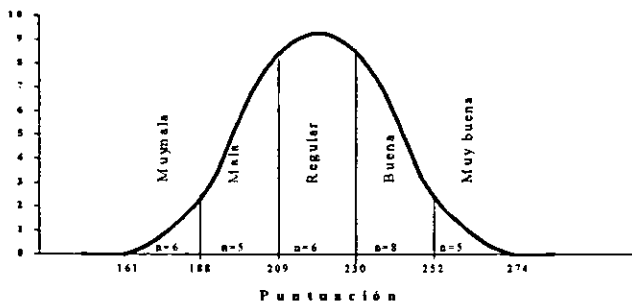
Gráfica 22
Comparación por nivel socioeconómico y calificación en CCV



6.14 Comparación por calificación en el cuestionario de calidad de vida.

En este cuestionario se obtuvo una calificación promedio de 220.7 puntos, una mediana de 228 y una moda de 169 y un rango de 161 a 274. A partir de estos datos se agrupo la calificación del cuestionario en 5 categorías: A) Muy mala (161-188 puntos), B) mala (189-209), C) regular (210-230), D) buena (231-252) y E) muy buena (253-274). El número de ancianos distribuidos en cada grupo se señala en la gráfica 23.

Gráfica 23
Clasificación de los niveles de calidad de vida de acuerdo a su puntuación.



El promedio de edad en la categoría A fue de 83.33 años, en la B fue 83.6, en la C de 78.33, en la D de 76.63 y en la E de 80.40.

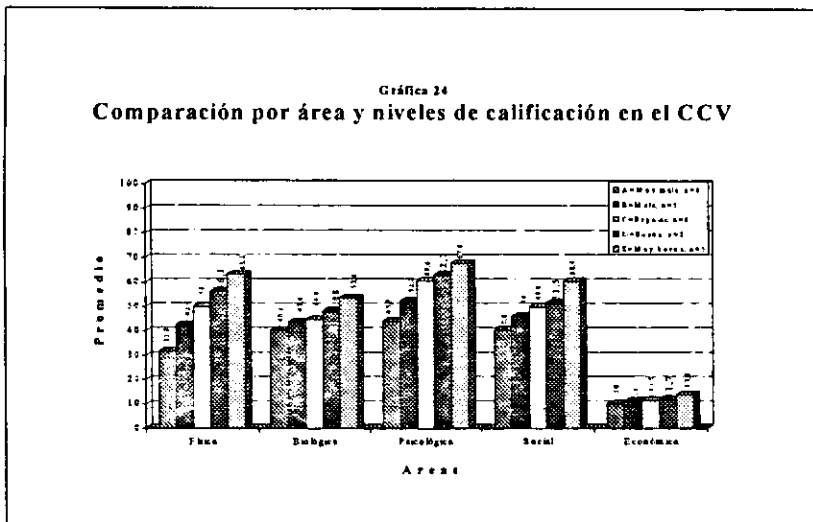
La moda de escolaridad fue para las categorías A y D de nivel profesional, B y E de nivel primaria, para la categoría C de sujetos que leen y escriben.

En el minimal el promedio para la categoría A fue de 22.17, para la categoría B de 24.4, para la categoría C de 22.17, D fue de 24.13, y para la categoría E de 26.

En cuanto al estado civil, la categoría A presentó 3 divorciados, 1 soltero y 2 casados, la categoría B estuvo conformada por 3 divorciados, 1 soltero 1 casado; la categoría C por 4 solteros, un viudo y un divorciado; la categoría D por 4 divorciados y un viudo.

El tiempo de residencia obtuvo un promedio en la categoría A de 58 meses, la B de 17, la C de 30, la D de 59 y en la E de 26 meses.

La calificación promedio en el cuestionario de calidad de vida para la categoría A fue de 172.17 puntos, para la B de 201.40, para la C de 224, para la D de 237.75 y para la E de 267 puntos. En la gráfica 24 se muestran las calificaciones promedio por cada área del cuestionario y su nivel de calidad de vida.



6.15 Comparación por calificación baja vs. alta en el cuestionario de calidad de vida.

Se compararon en esta sección los dos niveles más bajos y los dos niveles más altos, correspondiendo para esta comparación los puntajes bajos (A) de 161 a 209, con una muestra de 11 ancianos y puntajes altos (B) de 231 a 274, con una muestra de 13 ancianos. El promedio de edad en el grupo A fue de 83.45 y para el grupo B de 78.08.

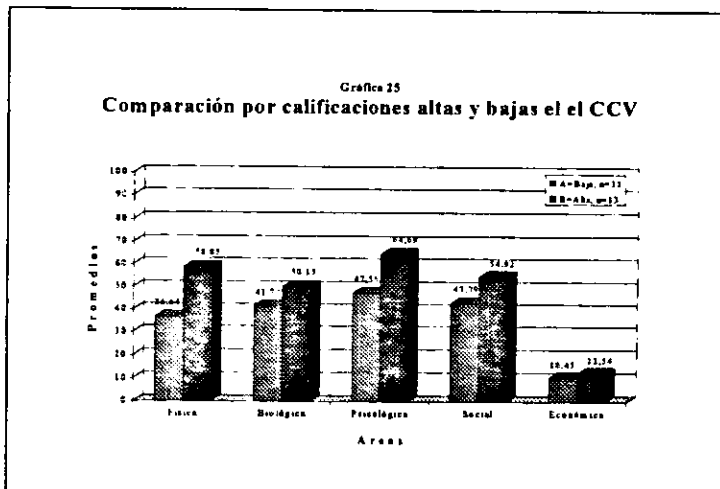
En escolaridad la moda en el grupo A fue de nivel primaria y para B la moda fue de nivel profesional.

En el minimal el promedio de A fue de 23.18 y B tuvo un promedio de 24.85.

En cuanto al estado civil, en el grupo A se encontraron 6 divorciados, 2 solteros y 3 casados; en el grupo B hubo 7 divorciados, 2 solteros 2 casados y 2 viudos.

En lo que se refiere al tiempo de residencia el grupo A obtuvo un promedio de 40 meses y el grupo B de 47 meses.

Por otro lado, en la calificación del cuestionario de calidad de vida, el grupo A tuvo un promedio de 185.45 puntos y el grupo B de 249. Los resultados promedio por área se muestran en la gráfica 25.

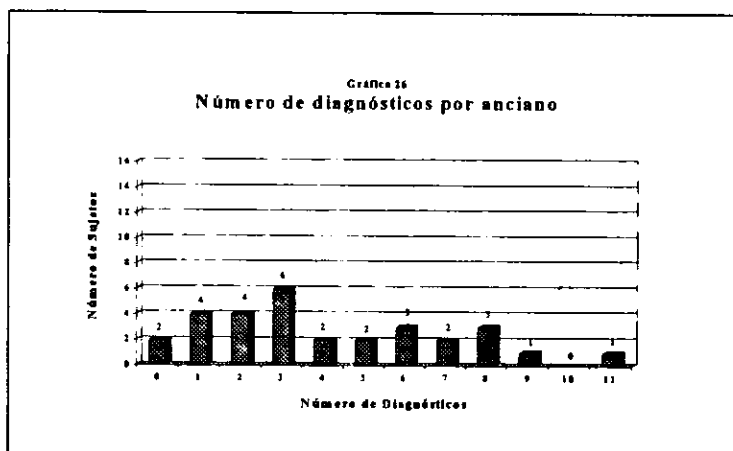


6.16 Características de enfermedades en los pacientes de residencias.

Mediante la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes en ambas residencias, se obtuvo el registro de enfermedades que tienen los ancianos a la fecha de estudio.

Dos pacientes no tuvieron diagnóstico de enfermedad, mientras que el 28 de 30 pacientes tuvieron de 1 a 11 padecimientos, con una media de 4.13 padecimientos por persona.

La distribución del número de enfermedades o diagnósticos establecidos se reporta en la gráfica 26.



Los diagnósticos establecidos frecuentemente involucran al sistema vascular, aparato respiratorio, osteomuscular, vascular y nervioso, los padecimientos identificados con su frecuencia se reportan en la tabla 8.

Tipo de diagnóstico	No. de casos
HAS	15
EPOC	11
Luxaciones y fracturas	8
EVC	7
Patología ocular	7
ate	7
Cardiopatía	5
Demencia	5
Estreñimiento	5
Infecciones	5
Obesidad	5
Otros (Tabaquismo)	5
AR	4
EAP	4
Diabetes	3
Histerectomía	3
Osteoporosis	3
Parkinson	3
Hipoacusia	2
OA	2
Depresión	2
Alteraciones del sueño	1
Cáncer	1
CCL	1
Hipotiroidismo	1
Incontinencia	1
Insuficiencia venosa	1
migraña	1
Nefropatía	1
Neuropatía	1
Próstata y cystócele	1
Steven Johnson	1
Neurosis	1

6.17 Farmacovigilancia

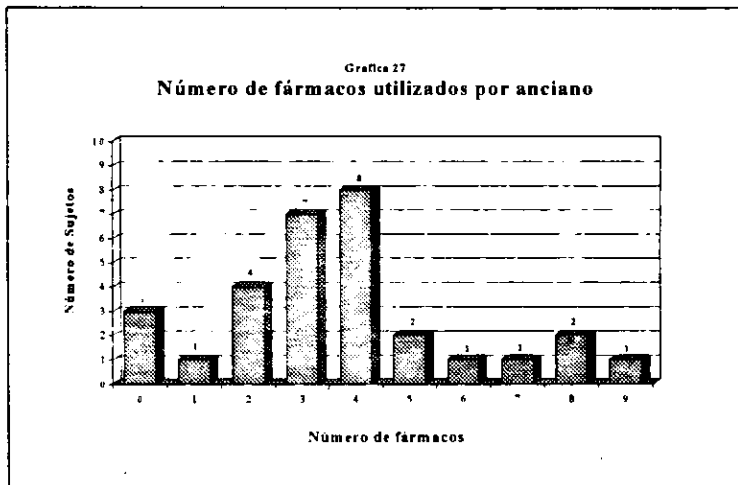
Los fármacos utilizados por el anciano, según se reportó en la hoja de indicaciones del paciente fue recuperado para su análisis.

Sólo 3 pacientes no utilizaban ningún medicamento, siendo que 27 si los usaban, con una frecuencia que va de 1 a 9 fármacos por persona, en el estudio se encontró que los ancianos utilizaban un promedio de 3.67 medicamentos por persona.

Los fármacos que con mayor frecuencia se emplearon corresponden a medicamentos para el control de la presión arterial, vasodilatadores que inciden sobre el corazón y en ocasiones en el flujo cerebral denominándose oxigenadores cerebrales, seguido por los antipsicóticos y analgésicos

Otros medicamentos menos usados por los pacientes fueron antidepresivos, nutrientes, antiparkinsonianos, broncodilatadores, oftálmicos y para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca como los digitálicos.

La distribución de acuerdo a la frecuencia de uso se presenta en la gráfica 27.



Capítulo VII

DISCUSIÓN

7. Discusión

Existen diferentes investigaciones que abordan el estudio de la calidad de vida, siendo el fin de diversos profesionales tanto en psicología como en salud el realizar una evaluación adecuada e implementar intervenciones que influyan en la calidad de vida del individuo. Sin embargo, se centran en aspectos específicos tales como el cáncer (Hjermstad y cols, 1995), la artritis (Liang y cols., 1985), de depresión (Hamilton, 1960; Newhouse y cols., 1995), existiendo pocos estudios que evalúan diferentes áreas de calidad de vida y en específico de los ancianos; esto justifica el desarrollo de un instrumento que evalúe la calidad de vida de los ancianos en forma integral, tomando como normal la evolución propia de la vejez.

Mucho se ha mencionado sobre la vida de los ancianos en residencia y ha sido una preocupación constante la calidad de vida que pudieran presentar en éste contexto donde tienen que generar mecanismos de adaptación y sobrevivencia, donde cobran gran importancia los aspectos psicológicos y sociales, por esto nos interesó el ampliar el conocimiento sobre la calidad de vida del anciano en las residencias.

7.1 Análisis del instrumento

Se han elaborado diversos instrumentos para evaluar calidad de vida, algunos de ellos son calificados de acuerdo a las observaciones y criterios propios del evaluador, otros cuestionarios dan mayor importancia a que sea el propio sujeto quien califique su calidad de vida; de tal manera que han surgido instrumentos autocontestables o aplicados por medio de entrevistas. En este estudio se pudo observar que en cuanto a la evaluación de calidad de vida, fueron más confiables las respuestas de aquellos ancianos que la calificaron por sí mismo, pero que son administrados mediante entrevista y por medio de preguntas con opciones de respuesta ya que esto permitió controlar el tiempo de la entrevista y mantener la atención necesaria del anciano. Sin embargo se tuvo que suprimir algunos reactivos referentes a sexualidad que eran muy explícitos y que propiciaban por las características socioculturales del anciano que se evadieran este tipo de tópicos por lo que algunos autores sugieren que se aborden con cuestionarios autoadministrables y anónimos (Spilker, 1990).

Finalmente se llegó a un instrumento que evaluó 5 áreas con 65 reactivos que contenían enunciados en forma de afirmación, con lenguaje comprensible para el sujeto, con 5 opciones de respuesta definidas tipo Likert, las cuales se jerarquizaron de menor a mayor peso en relación directamente proporcional al aspecto de calidad que mide, de tal forma que una puntuación de uno representará una menor calidad de vida que una puntuación de 2, 3, 4 o 5. Dicho cuestionario incluyó instrucciones específicas de aplicación para el entrevistador.

La calidad de vida se obtuvo sumando la puntuación total de las áreas establecidas, manteniendo una distribución aleatoria similar entre el área física (promedio=48.93 y desviación estándar=12.31), biológica (promedio=45.97, desv. Est.=6.93), psicológica (57.60, desv. Est. 9.76), social (promedio 49.57 desv est= 7.32) y económica (promedio 11.57 desv est= 2.46). Sin embargo el área económica tuvo pocos reactivos, los cuales no afectan sustancialmente la calificación de ésta área o la calificación total de calidad de vida, ya que la población estudiada en las residencias mantienen una posición económica homogénea.

Al diseñar el cuestionario se consideró la importancia de las 5 áreas, sin embargo, ya que los ancianos reciben constantemente atención médica y tienen en promedio el mismo nivel económico, se consideró el dar mayor realce a las áreas psicológica y social, sin dejar por ello de tomar en cuenta las áreas física, biológica y económica.

Los rangos y la distribución de las medidas de tendencia central fundamentan el rango final obtenido para las respuestas finales del cuestionario (161-274) considerando que las calificaciones que se obtengan fuera de la distribución normal de ésta muestra (es decir menos de 161 puntos o más de 274) pueden generar errores estadísticos β que señalarían en alguna forma que el entrevistador no recabó la información adecuadamente o que las respuestas obtenidas del anciano no son confiables para dar una calificación de calidad de vida.

7.2 Características de la población y de la muestra

En la actualidad la población de ancianos va en aumento. En el censo de 1980, en el país se registraron 2,561,120 personas mayores de 65 años, siendo 1, 204, 676 hombres y 1.356,444 mujeres; para 1990 el censo indicó la presencia de 3,376, 841 personas con edad

mayor a 65 años, de las cuales 1, 578, 808 fueron hombres y 1,798,033 mujeres. Asimismo, la esperanza de vida se incrementó de 63.2 años en 1980 a 73.08 en 1990 (INEGI, 1980 y 1990).

Actualmente la Residencia "El Refugio" cuenta con una población de 51 sujetos y la Residencia "Reina Sofía" con una población de 50 sujetos, por lo que la población de este estudio fue de 101 sujetos. Finalmente de las 2 residencias se obtuvo una población de 50 ancianos residentes, con capacidad para resolver el Minimental; por su puntuación mayor a 20 se incluyó en el presente estudio una muestra de 30 ancianos a los cuales se les aplicó el cuestionario de calidad de vida.

Dentro de las residencias se puede observar que los ancianos viven bajo circunstancias similares, en cuanto a atención, ambiente y alimentación y cada uno recibe los cuidados que requiere de acuerdo a sus necesidades individuales.

La muestra obtenida como se señala en los resultados fue predominantemente de mujeres con una proporción hombre mujer de 1:2.75. Esto está en relación a que existe una población mayor de mujeres que de hombres en las residencias, sin embargo el censo informa una proporción de 1:1.38 (hombre:mujer) lo que significa que debe haber otras causas por las que las mujeres predominan en la residencia. Esto puede ser debido a cuestiones económicas y sociales de la población, pero además puede estar en relación a la expectativa de vida del hombre, ya que como lo mencionan Lopata y cols.(1982) el anciano tiene que adaptarse a la pérdida de su pareja y esta adaptación parece ser mejor asimilada por la mujer que por el hombre ya que sigue desempeñando su rol, al contrario del hombre quien tiene que adaptarse a nuevas actividades. Otro de los motivos que se han referido como causa principal de que el anciano sea llevado a una residencia está con relacionado con el deterioro intelectual y funcional (Morales y Del Ser, 1994), llama la atención que las mujeres tuvieron una puntuación promedio mayor en el Minimental.

Los ancianos de esta muestra fueron predominantemente divorciados, su escolaridad fue básica en un 33.3%, superior en un 26.7%, media-superior en 20% y media en 10%, encontrándose también una escolaridad baja en 10% de la muestra.

7.3 Evaluación de la calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida obtuvo una puntuación promedio de 220.7, lo que señala que están dentro de un rango de regular a bueno, que correlacionándolo con los resultados obtenidos en la autoevaluación del anciano de su propia calidad de vida en gral. (reactivo 64, promedio=3.6), se observa que su apreciación es similar como lo demuestra la gráfica 11. Esto señala que hubo consistencia en la información obtenida en el cuestionario y lo que ellos evalúan como calidad de vida en general.

Asimismo como puede apreciarse en la comparación por áreas, las dimensiones y los resultados obtenidos como promedios tienen una distribución normal en sus medidas de tendencia central, fundamentalmente en las áreas física, biológica, psicológica y social; sin embargo, aunque el área económica tuvo un menor número de reactivos no tuvo diferencias significativas que influyeran en otras variables como sexo, edad o tiempo en la residencia y fundamentalmente sobre la calidad de vida; considerando que la población evaluada mantiene un mismo estatus económico, los reactivos incluidos en esta área tienen poco peso sobre la calificación total, lo que fue de utilidad ya que no existe una diferencia económica que impacte sobre la calidad de vida.

7.3.1 Consideraciones sobre el área física.

Para evaluar el área física se consideraron las actividades que puede realizar el anciano reconociendo su estado biológico, de tal forma que en condiciones óptimas puede realizar actividades vitales (comer, usar el baño, levantarse de la cama), actividades de cuidado personal (aseo y arreglo personal), actividades que implican un esfuerzo menor (actividades de vida diaria, tomar medicamentos, usar el teléfono), y aquellas que requieren de un esfuerzo mayor (caminar, hacer ejercicio); así también se identificaron en el presente estudio las limitaciones para realizar dichas actividades, ya sea por enfermedad, por el tratamiento recibido o por fatiga.

Por los resultados obtenidos se observó que los ancianos indican que requieren de poca ayuda o sólo la requieren algunas veces para realizar actividades vitales. En cuanto a las actividades de cuidado personal requieren en promedio alguna ayuda, muestra de ello es el arreglo personal, para el cual 32 ancianos refieren nunca requerir de ayuda (59.25%), 5 ancianos señalan que requieren algunas veces de ayuda (9.25%) y 17 ancianos consideran

necesaria la ayuda para su arreglo personal (31.5%). Las actividades de esfuerzo físico menor casi nunca se requirió de ayuda, sin embargo al referirse a la toma de medicamentos es importante considerar que aunque ellos se toman los medicamentos, estos son proporcionados por el personal de enfermería, por lo que las destrezas de selección y horario no son evaluados en esta pregunta. En cuanto a las actividades que requieren un esfuerzo físico mayor, señalaron también que algunas veces hacen ejercicio, asimismo señalaron que la presencia de enfermedades algunas veces limita que realice sus actividades habituales, el tratamiento que reciben sólo pocas veces se los impide, reportando fatiga algunas veces al realizar sus actividades diarias.

7.3.2 Consideraciones sobre el área biológica.

El área biológica evaluó cambios biológicos que señalan: alteraciones a nivel cardiopulmonar como la dificultad para respirar, las palpitaciones o aceleración del corazón, alteraciones neurológicas como cefalea, tensión, alteraciones del sueño, trastornos en el apetito y calidad de su alimentación, sexualidad, autoevaluación del estado general de salud, la presencia de síntomas generales de enfermedad y su repercusión, así como la disposición para tomar medicamentos.

En general pocos ancianos reportan tener síntomas de enfermedad importantes, sin embargo se presentan molestias corporales en varios de ellos, su alimentación la reconocen en promedio como regular, sin alteración importante en su apetito; algunas veces presentan problemas de sueño, en cuanto a la sexualidad manifiestan como imposible o poco posible tener relaciones sexuales en un 36.7%, asimismo 4 personas se negaron a emitir una opinión acerca de esto (13.3%) y 12 ancianos lo consideran como casi siempre posible o siempre posible (40%). Se muestra muy poco interés en relación con la sexualidad posiblemente esto sea debido a sus características culturales, que por su negación aparentemente esto tiene una importancia menor en la calidad de vida a juicio del anciano. Aún cuando Master y Johnson (1995) señalan que no existe ningún factor fisiológico relacionado con el proceso normal del envejecimiento que implique la pérdida absoluta del impulso sexual ni en hombres ni mujeres, en los ancianos se observó una represión de esta conducta, que como lo reportan algunos autores están vinculados con la negación de la

sexualidad del anciano por la sociedad y una aceptación pasiva por parte de ellos (Fericgla, 1992).

Se encontró que los ancianos reportaron en promedio presentar enfermedades algunas veces, refiriendo que su estado de salud en promedio es regular, señalando que el estado de salud es malo en 5 ancianos (16.7%), de regular a bueno en 22 ancianos (73.3%) y muy bueno en 3 ancianos (10%); cabe señalar que los ancianos tuvieron en promedio 4.13 diagnósticos establecidos por el médico, teniendo de 0 a 11 diagnósticos, sin embargo la mayoría de ellos son de enfermedad crónica. La calidad de vida tuvo una relación significativa con la presencia de enfermedad y el número de diagnósticos, determinándose una proporción inversa entre el número de diagnósticos, el número de fármacos utilizados y la puntuación de calidad de vida en el área biológica y en la puntuación total.

7.3.3 Consideraciones sobre el área psicológica.

Para evaluar el área psicológica se consideraron aspectos como el estado emocional (cambios en el carácter, preocupación por el futuro, deseos de vivir y sentirse aburrido), adaptación (percepción de las condiciones en las que se encuentra y poder realizar cosas nuevas), autoestima (importancia de lo que opinen de él, tomar decisiones, sentirse útil), soledad (sentirse solo estando o no con gente), satisfacción (logro de metas y de su vida pasada) y memoria (autoevaluación de su memoria comparada con la de los demás).

De lo anterior, los resultados nos indican que dentro de los estados emocionales los ancianos pocas veces experimentan cambios de carácter repentinos, les preocupa poco su futuro, algunas veces piensan y sienten el deseo de morir, pocas veces se sienten aburridos y algunas veces se sienten impacientes, angustiados, tristes y con ganas de llorar.

De acuerdo con Lara (1983) los fenómenos psicológicos que más se presentan en los ancianos son la ansiedad, la angustia y la depresión, esto apoya los resultados encontrados en los ancianos reportándose que estos componentes afectivos se presentaron en la mayoría; es así como la angustia es referida en 16 sujetos y los síntomas de depresión en 19 sujetos, sin embargo su frecuencia de presentación es variable indicándose por ellos que en promedio sólo algunas veces los han experimentado. Asimismo el autor señala que el pensamiento sobre la cercanía de su muerte es desencadenante sobre la personalidad del anciano, y en la muestra evaluada encontramos que algunas veces se sienten preocupados

en torno a la muerte, sin embargo esto no llega a ser un pensamiento de constante preocupación.

Dentro de la autoestima los ancianos reportan que es poco importante lo que opinen de ellos, que a veces les resulta fácil tomar decisiones y que pocas veces se sienten útiles. Esto refleja en varios de los casos síntomas de depresión y en otros casos se aprecian mecanismos de adaptación y aceptación de su realidad.

Gaylor y Zung (1989) mencionan que las alteraciones en otras áreas pueden causar al anciano la pérdida de interés, la apatía, falta de motivación, preocupación, desconfianza de sí mismo y de sus capacidades a lo que se encontró que existe la pérdida de interés y disminución de sus capacidades para realizar cosas nuevas, algunas veces se sienten aburridos y poco útiles por lo que podría decirse que hay disminución de su motivación, sin importarles que las condiciones en las que viven las consideran como regulares.

En cuanto a la soledad refieren sentirse un poco solos, se sienten satisfechos con su vida pasada y consideran que alcanzaron casi totalmente sus metas, además consideran su memoria como buena.

7.3.4 Consideraciones sobre el área social.

Para evaluar el área social se tomaron en cuenta los aspectos de relaciones interpersonales (rol, relación con familiares, amigos y compañeros), ambiente en la residencia, aceptación y aislamiento.

En lo que se refiere a la relación familiar los ancianos mencionan que están satisfechos con ella y que ellos se sienten tan importantes como todos los miembros de la familia, aunque la frecuencia de comunicación y de visitas fue calificada como regular, en la mayoría de ellos se da una justificación como mecanismo de adaptación a la carencia de un vínculo familiar estrecho.

A los ancianos les es indiferente estar solos en promedio y a la mayoría (43.3%) le es agradable, asimismo encuentran agradable realizar actividades como leer, escuchar música, pasear, ver t.v. solos y el 50% refieren que es interesante participar en actividades grupales como ir a paseos y participar en juegos, sin embargo a otros no (20%). Estos resultados señalan que a la mayoría les gusta realizar actividades solos y que posiblemente

si se les estimulara les sería más agradable participar en actividades grupales, sin embargo por sí mismos les es difícil integrarse a este tipo de actividades.

En términos generales los ancianos califican como a veces agradable el ambiente en la residencia y poco satisfactorio el apoyo que reciben allí. Mencionan también que casi nunca se sienten rechazados por los demás y que la relación con sus compañeros es buena.

7.3.5 Consideraciones sobre el área económica.

En esta área el anciano autoevaluó su propia situación económica actual, sobre sus ingresos, interés en realizar actividades remuneradas y su preocupación por la situación económica del país.

Cabe señalar que todos los ancianos cuentan con servicios básicos, alimentación, habitación sencilla o compartida, asistencia médica y de enfermería, por lo que el estatus económico no tiene mucha variación, y las preguntas de esta área tienen bajo peso y se enfocan a determinar su percepción de los aspectos económicos.

Ninguno calificó su situación económica como muy mala y el promedio señala que la situación económica es regular, los ingresos les parecen poco adecuados y a la mayoría (56.7%) le sería agradable participar en actividades remuneradas, posiblemente lo que refieren es que les gustaría tener algo de dinero para algunos gustos personales

En lo referente a la situación económica del país a 10 ancianos no les preocupa (33.3%) y a 13 personas les preocupa mucho (43.3%) y en promedio se puede decir que muestran una preocupación relativa.

7.4 Comparación por sexo

En la distribución por sexo predominan notablemente las mujeres con una proporción calculada (hombre:mujer) de 1 2.75, por lo que algunas comparaciones que se puedan realizar por sexo no alcanzan significancia estadística. El estudio reportó que la edad promedio en los hombres (79.38 años) fue casi similar a la de las mujeres (80.36 años), sin embargo el tiempo de residencia es mayor en las mujeres que en los hombres, esto puede deberse a que la sobrevivencia dentro de la residencia es menor en los hombres y a que la mujer ingresa a una edad más temprana a la residencia. Algunos autores señalan que esto está en relación a la mejor adaptación de las mujeres a la pérdida de pareja.

separación de la familia e integración a una nueva forma de vida lo cual no es tan aceptado por el hombre por sus rasgos culturales y sociales que lo hacen frecuentemente más dependiente de su pareja y de su familia (Lopata y cols., 1982); el nivel de estudios en promedio fue similar (primaria); de acuerdo al estado mental se encontró que el hombre obtuvo una puntuación menor en el Minimental que la mujer, siendo una de las justificaciones frecuentes para ser llevados a las residencias, no obstante resulta contrario a lo reportado por otros autores en otras poblaciones de ancianos (Buckwalter y cols, 1993; Del Ser y cols., 1994).

Con respecto al cuestionario de calidad de vida se encontró que las mujeres obtuvieron una menor puntuación aunque en la clasificación de la puntuación se encuentran en el mismo nivel (regular); en lo que se refiere a las áreas se encontró que los promedios se encuentran muy similares en el área física, psicológica y económica; sin embargo en las áreas biológica y social se encontró una diferencia significativa (p mayor de 0.01, prueba T) que señala que las mujeres tienen una puntuación menor que los hombres.

7.5 Análisis por tiempo de residencia

En el presente estudio se comparó la muestra dividiéndose en 3 grupos, el primero tuvo un tiempo de residencia de 1 a 15 meses, etapa en la que se encuentra el periodo de adaptación inicial en la que el anciano explora su nuevo ambiente y adquiere un nuevo rol, originándose en esta etapa un mayor distanciamiento de la familia; la segunda etapa, de 16 a 48 meses, se caracteriza porque el anciano ya tiene establecidos algunos patrones de adaptación, estableciendo una rutina de vida diaria; el tercer grupo va de 49 a 23 meses, representa una etapa de resignación o mayor adaptación a la residencia.

No se encontró diferencia significativa entre la edad de los 3 grupos analizados, alcanzando un promedio entre 78.4 y 81.1 años; esto señala que los que tienen mayor tiempo de residencia ingresaron a edad más temprana y que los del primer grupo ingresaron a una edad mayor.

La moda de escolaridad es similar en todos los grupos (primaria). Tampoco hay diferencias significativas en cuanto a la calificación en el Minimental.

Con relación a la calidad de vida se encuentra que la menor puntuación se obtuvo en los ancianos con estancia mayor (49 a 123 meses), en donde las áreas más afectadas o con

un puntaje menor fueron: la biológica y la social, esto debido probablemente, en el área biológica, a que los ancianos manifiestan cada vez mayor número de padecimientos y deterioro progresivo de sus funciones biológicas y el área social a que sienten que van perdiendo importancia para su familia y cada vez tienden a conductas de aislamiento que les hacen más difícil establecer relaciones con sus compañeros. Asimismo el grupo B obtuvo una calificación promedio mayor en el cuestionario. Las áreas física y social muestran mayor puntuación en este grupo, esto probablemente asociado a que tienen una edad menor que los otros 2 grupos, mostrando aún interés en establecer y mantener contactos sociales.

En cuanto a las áreas psicológica y económica no se encontraron diferencias significativas, reflejando que en su mayoría se sienten satisfechos con sus condiciones de vida y consigo mismos, y también a que todos guardan características similares en cuanto al estatus económico.

7.6 Análisis por edad

El rango de edad fue de 60 a 97 años encontrándose que en el grupo de 80 a 89 años hubo mayor número de sujetos con promedio de edad de 83.64 años.

En cuanto a la moda de escolaridad, el grupo A presentó una moda de nivel preparatoria, el grupo D de nivel primaria y los grupos B y C, donde se encontró la mayoría de la muestra, indicaron una moda de escolaridad profesional.

Cabe señalar que el grupo B (70-79 años), que obtuvo en promedio la mayor calificación en el Minimental, tuvo también el menor tiempo de residencia; contrariamente el grupo C, con el menor promedio en el Minimental presentó el menor tiempo de estancia en la residencia; se observó también que no hubo gran diferencia entre los grupos A y D en relación con el promedio de calificación en el Minimental y tiempo promedio en la residencia. Por otro lado, el grupo A tuvo un tiempo de residencia promedio similar al del grupo D, lo que permite suponer que los sujetos del grupo A ingresaron más jóvenes a la residencia.

El mayor promedio de calificación en el cuestionario de calidad de vida lo obtuvo el grupo A, calificándola como buena, los grupos B y D la calificaron como regular y el grupo C la calificó como mala. Se observa un ligero aumento en la calificación de calidad de vida

del grupo D con respecto al grupo C, esto puede estar en relación con que este último tiene mayor tiempo promedio en la residencia.

El grupo C presentó en las áreas Física, biológica, psicológica y social el menor promedio de calificación en el cuestionario de calidad de vida, pudiendo estar en relación con la edad, con el deterioro en su estado cognitivo y que llevan el mayor tiempo de residencia. El anciano en esta etapa tiene dificultades mayores para adaptarse e interactuar con el ambiente (Burnside y cols., 1979), reportándose en otros estudios que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad (Calderón, 1983).

En conclusión, puede decirse que la calidad de vida disminuye con la edad y se ve afectada por el tiempo de residencia.

7.7 Comparación por calificación en el Minimental

El criterio de aceptación al estudio fue tener una calificación de 20 a 30 puntos en el Minimental, siendo el rango en que se han realizado diversos estudios en ancianos, aunque otros autores toman como punto de corte entre 19 y 23 puntos para fines de análisis.

Se constituyeron 2 grupos con la muestra: A, con puntuación de 20 a 25 en el Minimental, el cual incluyó a 20 ancianos (66.7%) y B con puntuación de 26 a 30, que incluyó a 10 ancianos (33.3%). Se reconoce que los ancianos con puntuación de 20 a 25 tienen algún deterioro significativo de las funciones mentales, sin embargo como es una característica frecuente asociada al estado biológico de envejecimiento la comparación que aún es confiable, nos podrá señalar alteraciones en la calidad de vida asociadas a este deterioro.

En cuanto al tiempo de residencia se encontró que el grupo A lleva en promedio, más tiempo en la residencia (44.1 meses).

Se observó que la edad en promedio fue mayor en el grupo A, lo que señala una asociación con una menor puntuación en el Minimental, sin que aparentemente ésta se vea afectada por la escolaridad, que fue para el grupo A de una moda de primaria y para el grupo B de secundaria.

Es de interés la asociación de la puntuación obtenida en el Minimental y el cuestionario de calidad de vida, resultando que el grupo A con menor puntuación en Minimental obtuvo una calificación promedio menor en el cuestionario de calidad de vida,

y el que tuvo una puntuación mayor (grupo B) tuvo mayor calidad de vida. Es decir, a mayor edad se tuvo menor puntuación en el Minimental y en asociación menor calidad de vida.

7.8 Comparación por escolaridad

Para su análisis se formaron 5 grupos: lee y escribe, primaria, secundaria, preparatoria y profesional; encontrándose que en primaria, preparatoria y profesional estuvieron la mayoría de los sujetos (24), y que en los grupos de secundaria y lee y escribe sólo se incluyeron a 3 sujetos en cada uno. No hubo gran diferencia de edad entre los grupos A, B y E; sin embargo el grupo C presentó el menor promedio de edad. En el estado cognitivo evaluado por Minimental no se encontraron diferencias entre los grupos, excepto los de secundaria, ya que reportaron un promedio mayor, lo cual está directamente relacionado con que es el grupo de menor edad.

Los grupos de lee y escribe, secundaria y preparatoria presentaron promedios similares en tiempo de residencia, asimismo los grupos de primaria y profesional mostraron promedios parecidos en cuanto a edad, calificación en minimental y tiempo de residencia.

El grupo de secundaria calificó su calidad de vida en el rango de buena, contrariamente el grupo de lee y escribe la calificó como mala y finalmente los grupos de primaria, preparatoria y profesional la valoraron como regular representando este rango de calificación al 80% de la muestra y los grupos de lee y escribe y secundaria sólo representan cada uno de ellos al 10%.

En el cuestionario de calidad de vida se encontró que el grupo de secundaria que presentó, en comparación con los demás, un promedio menor en la calidad de vida (baja), tuvo mayor repercusión en las áreas biológica y psicológica donde se encontraron los menores promedios; en el área física se encontró que los profesionistas obtuvieron una menor puntuación; en las áreas social y económica no se observaron diferencias importantes.

7.9 Comparación por nivel socioeconómico

La mayoría de la muestra reportó estar dentro del nivel medio (76.7%), seguido por el nivel alto que estuvo representado por un 13.3% y en tercer lugar el nivel bajo por el

10%. Sin embargo, actualmente la muestra tiene un nivel socioeconómico similar, como ya se mencionó anteriormente.

Se observó además que el grupo con una edad mayor fue el de nivel socioeconómico bajo y el de menor edad fue de nivel alto.

En cuanto a la escolaridad se observó que el grupo de nivel socioeconómico alto tuvo una moda de escolaridad profesional, a diferencia de A y B que tuvieron un nivel de primaria.

El Minimental no reportó diferencias significativas en ninguno de los tres grupos.

En cuanto al cuestionario de calidad de vida se observó también que a mayor nivel socioeconómico, los sujetos obtienen una mayor puntuación promedio en el cuestionario de calidad de vida asociado a una mayor puntuación en las áreas física, biológica, psicológica y social. Por otro lado el grupo de nivel socioeconómico bajo tuvo un promedio mayor que el de nivel medio en el área biológica.

7.10 Análisis por calificación alta y baja en el cuestionario de calidad de vida

Se unieron los dos niveles más altos de la clasificación de calidad de vida conformándose el grupo A y los dos niveles más bajos de calidad de vida para así formar el grupo B y realizar comparaciones entre ambos. El grupo A estuvo compuesto por 11 ancianos (36.7%) y el B por 13 ancianos (43.3%). Se observó que el grupo A presentó una edad promedio mayor que el grupo B. No se observaron diferencias importantes en cuanto a su calificación del Minimental aunque se encontró que el grupo B presentó en promedio un mayor tiempo de residencia que el grupo A.

Los que tuvieron menor puntuación en calidad de vida demostraron una alteración mayor en las áreas física, biológica, psicológica y social.

7.11 Análisis de enfermedad y calidad de vida.

El organismo del ser humano esta constituido por células organizadas para formar tejidos. Estos a su vez forman los órganos de aparatos y sistemas y finalmente se integra un organismo que esta inmerso en un grupo familiar correspondiente a una sociedad y al mundo.

La mejor comprensión de la naturaleza humana, se fundamenta en los amplios conocimientos adquiridos en relación con su psicología y biología, cobrando en la actualidad relevancia el análisis sobre la calidad de vida que tiene un individuo, pero como señalamos previamente pocos estudios se enfocan a la calidad de vida en la etapa última de nuestras vidas.

Realmente si es difícil establecer la enfermedad por los médicos en los pacientes adultos, más difícil les resulta aún separar los cambios característicos de la biología natural de la senescencia y los estados patológicos del anciano. Es así como resulta frecuente encontrar osteoporosis, dolores articulares, caída de dientes, trastornos digestivos, trastornos conductuales por degeneración del cerebro; cambios que finalmente pueden ser "naturales" de la evolución de la senescencia, pero que en ocasiones pueden alterar la calidad de vida no sólo del individuo, sino también del núcleo familiar y tener más aún repercusiones sociales.

En el presente estudio se encontró que los ancianos de los 2 asilos presentaron una media de 4.13 diagnósticos por anciano; diagnósticos que señalan enfermedades crónico degenerativas como hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, luxaciones y fracturas, enfermedad vascular cerebral, patología ocular, cardiopatía, demencia por mencionar las 7 enfermedades más frecuentes que en cierta forma son, por el grado de evolución, incapacitantes. Si consideramos además que otros pacientes no se incluyeron al presente estudio, ya que su discapacidad les impedía calificar adecuadamente las pruebas, esto señala que en una gran proporción es llevado a las residencias por sus cuidados que en ocasiones demandan una atención continua y en ocasiones poco se toma en cuenta el bienestar psicológico con la pérdida del estatus y rol que se tenía.

La dificultad para su movilización y fácil caída que generan fracturas, la depresión, demencia y posiblemente estados de neurosis o psicosis son las alteraciones más frecuentemente citadas por las que se encuentran los ancianos en residencias. Es frecuente, aunque no registrado por muchos médicos, la pérdida de dientes, los trastornos hormonales, las alteraciones del sueño, la depresión, incontinencia, cefalea, anemia, estreñimiento o cuadros de diarrea, los cuales reportaron una frecuencia baja reportada en el estudio, pero que intermitentemente o en cierto grado pueden tener los ancianos. Tal vez el bajo registro de estos diagnósticos está en relación a considerar que tales alteraciones son parte propia de la evolución en la senescencia.

Finalmente la calidad de vida tuvo una menor puntuación en los pacientes con mayor número de diagnósticos, por lo que no solo la biología natural, sino también las patologías asociadas repercuten en el bienestar del anciano.

7.12 Farmacovigilancia.

Los pacientes de la muestra de ancianos estudiada, consumieron un promedio de 3.7 medicamentos, es ampliamente conocido que el anciano utiliza más medicamentos que otros grupos etareos, sin embargo en relación al uso de medicamentos que se consumen en otras residencias es discretamente menor (Rodríguez y cols., 1997), reportándose un menor consumo de benzodiazepinas.

Los fármacos utilizados apoyan el funcionamiento del sistema nervioso y alivian el dolor osteomuscular en su mayoría. Sin embargo llama la atención que siendo aparentemente una de los estados clínicos más frecuente la depresión, se manejen con mayor frecuencia medicamento antipsicóticos, después antidepresivos e hipnóticos, los cuales deprimen más la función del sistema nervioso. Este análisis fundamenta que el anciano debe ser mejor apoyado por una terapia psicológica para su depresión, evitando hasta donde sea posible utilizar en estos pacientes medicamentos que generen una depresión fisiológica del sistema nervioso.

Los trastornos digestivos, con dificultad para la deglución, la pérdida del apetito y del sabor de las cosas, así como la alteración en la masticación y el tránsito intestinal se refleja en que se utilicen con frecuencia medicamentos como laxantes, antiácidos, nutrientes y vitaminas así como procinéticos, posiblemente el adecuado control farmacológico de algunas de estas alteraciones mejoren su calidad de vida.

Se encontró interesante que la calidad de vida está también en función a los fármacos que consumen los ancianos, cuando ellos consumen 3 o menos fármacos tienen una calificación promedio de 231.86 y cuando consumen 4 o más fármacos tienen una calificación promedio de 209.53, alcanzando significancia estadística con una p menor de 0.01 en prueba T. Lo anterior puede estar también relacionado con que los ancianos que consumen más fármacos presentan más patologías, no obstante el tomar más medicamentos no mejora su calidad de vida.

Capítulo VIII

CONCLUSIONES

Conclusiones

Dadas las características de la vida actual, es cada vez más frecuente y necesario que nuestros ancianos ingresen a residencias, lo cual es constante preocupación para sus familiares y para los profesionales que trabajan con ellos, ya que el anciano se ve afectado por los cambios que esto implica. Por lo que se vuelve más importante conocer las características de la vida en las residencias e identificar los factores que más afectan al anciano durante su estancia en las mismas.

Por lo anterior se construyó el Cuestionario de Calidad de Vida aplicándolo a la muestra de ancianos ya descrita de las residencias "El Refugio" y "Reina Sofía", llegando a las conclusiones siguientes:

En comparación con otros instrumentos en los cuales quienes evalúan la calidad de vida del anciano son el entrevistador o algún familiar, es importante resaltar que este instrumento se elaboró para que sea el mismo anciano quien la evalúe, aunque la aplicación sea por medio de un entrevistador, lo cual permite conocer con más apego la percepción del anciano de su propia calidad de vida en cuanto a cinco diferentes áreas.

En este estudio se observó que hay menor cantidad de hombres que de mujeres en proporción de 1:2.75, presentando los hombres un promedio de edad similar que las mujeres, siendo que estas últimas llevan un tiempo mayor en la residencia.

En promedio los ancianos perciben su calidad de vida dentro del rango de regular en cuanto a la calificación total del cuestionario lo cual se correlacionó con la pregunta directa sobre su percepción de calidad de vida que demostró una apreciación similar, presentando una distribución normal en las áreas exploradas.

En el área física se demostró que pocos ancianos son autosuficientes, requiriendo en su mayoría ayuda parcial para realizar diferentes actividades; estas limitaciones alteran la calidad de vida y en ocasiones son consecuencia de que sean llevados a una residencia.

En el área biológica los ancianos calificaron su estado de salud de malo a bueno en su mayoría 79.6%, sin embargo sus molestias corporales no son tan graves, hay irregularidad en su apetito y algunas veces presentan problemas de sueño así como negación de la sexualidad.

El área psicológica es una de las que afectó menos la calidad de vida del anciano en las residencias del estudio. En su mayoría los ancianos se encuentran afectados en su estado emocional, presentando angustia, depresión, pérdida de interés y falta de motivación lo que puede llevarlos a pensar y sentir el deseo de la muerte.

Es una percepción casi general el sentirse poco útiles e incapaces de realizar cosas nuevas, en lo cual muestran poco interés.

En el área social se observó que mantienen cierta autoestima al considerarse como miembros tan importantes como todos dentro de su familia, aunque la ruptura de los lazos familiares al ser enviados a una residencia los condiciona a un estado de soledad apreciándose una baja interacción con compañeros, prefiriendo las actividades individuales, aunque si refieren interés de participar en algunas actividades grupales. En su mayoría califican como agradable el ambiente de la residencia y satisfactorio el apoyo que reciben.

En el área económica se observó que mantienen una homogeneidad al recibir cuidados básicos y personales, señalando que son poco adecuados sus ingresos personales, ya que en su mayoría éstos son destinados a pagar su estancia en la residencia. Debido a la poca variación, esta área tuvo un peso de bajo impacto sobre la calidad de vida.

El resultado de la puntuación en el Minimental fue menor en hombres que en mujeres, aunque por el número de sujetos no se tiene significancia estadística; la mujer presentó mayor tiempo de residencia y el hombre aunque es mayor es posible que tenga una menor sobrevivencia en la residencia. No se encontró diferencia de calidad de vida en cuanto al sexo.

Los resultados mostraron que quienes tenían más tiempo de residencia entraron a una edad más temprana, sin que hubiera una relación directa entre edad y tiempo de residencia. Se encontró que las áreas más afectadas a mayor tiempo de estancia fueron la biológica y la social, ya que cada vez van presentando más síntomas de enfermedad y es mayor el deterioro, lo que también les dificulta con mayor frecuencia establecer contactos sociales con sus familiares o compañeros.

Se reconoció que a menor edad fue mejor la puntuación del Minimental y la calificación total del cuestionario de calidad de vida, asimismo a mayor edad menor calificación en el Minimental y en el cuestionario de calidad de vida.

El Minimental demostró un deterioro leve de las funciones mentales en los sujetos que obtuvieron de 20 a 25 puntos, esto se correlacionó con la calificación de calidad de vida, presentando estos sujetos de puntuación baja un mayor tiempo de residencia, probablemente ésta sea una de las condiciones por las que el anciano es llevado a recibir cuidados en una residencia.

Los pacientes que tuvieron mayor número de diagnósticos utilizaban mayor número de medicamentos, pero alcanzaron menor puntuación en calidad de vida afectándose el área biológica y social.

Finalmente, nuestros resultados apoyan que la calidad de vida debe ser medida cuando menos considerando las áreas física, biológica, psicológica y social, el patrón de respuesta que obtuvimos refleja las características propias de la población en las residencias del presente estudio, sin embargo este instrumento podría ser también aplicado a otras poblaciones de ancianos residentes, asimismo esto fundamenta las bases para analizar la calidad de vida en ancianos aunque estos no sean residentes, esto sería motivo de otros estudios

Los resultados de este estudio mostraron que no se pudo dar menor o mayor importancia a ninguna de las áreas, ya que están relacionadas entre sí y todas tienen repercusión sobre la calidad de vida del anciano. Sin embargo es más frecuente encontrar que se da mayor importancia a que el anciano reciba atención médica, cuidando principalmente los aspectos físicos y biológicos, siendo que la salud debe ser también mental, por lo que sería importante que el psicólogo tuviera mayor participación dentro de las residencias para ancianos implementando programas en los que se favorezca su estado emocional y se propicie una mayor interacción entre los ancianos con sus familiares (cuando los tengan), así como con sus compañeros.

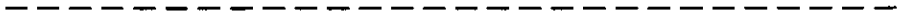
ANEXOS

RESIDENCIA: _____

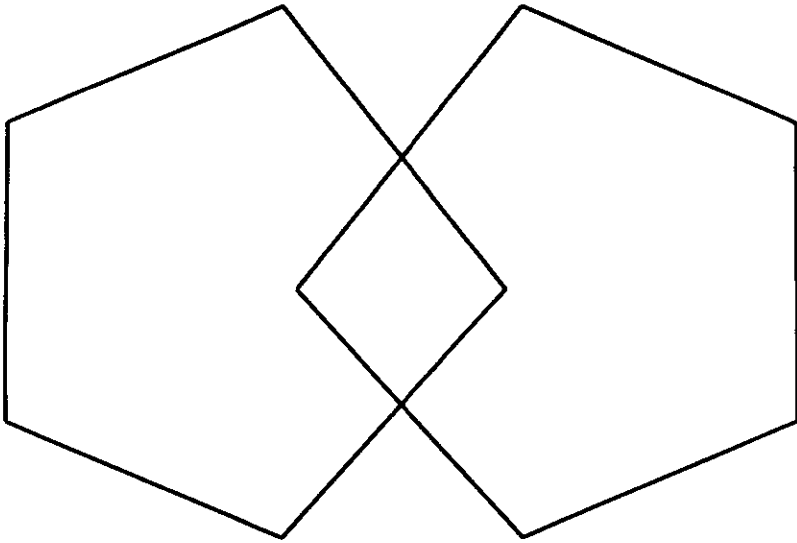
ESTADO MENTAL BREVE		
Nombre: _____		Fecha de evaluación: _____
Sexo: _____	Edad: _____	Evaluador(a): _____
Escolaridad (en años): _____		Calificación total: _____
<p>A continuación se presentan una serie de instrucciones para realizar un examen del estado mental. En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y con 0 cuando son incorrectas; la calificación debe colocarse dentro de los paréntesis que aparecen a la derecha. Al término de cada sección, sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda, correspondiente a dicha sección. Finalmente, sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótelas en el espacio destinado a la calificación total que aparece en la ficha de identificación.</p>		
Calificación máxima	Calificación obtenida	(Dé un punto por cada respuesta correcta).
5	()	<p>ORIENTACIÓN</p> <p>Pregunte: ¿Qué fecha es hoy? Después complete sólo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:</p> <p>() ¿En qué año estamos?</p> <p>() ¿En qué mes estamos?</p> <p>() ¿Qué día del mes es hoy?</p> <p>() ¿Qué día de la semana?</p> <p>() ¿Qué hora es aproximadamente?</p>
5	()	<p>Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora? (casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:</p> <p>() ¿En que lugar estamos?</p> <p>() ¿En qué país?</p> <p>() ¿En que estado?</p> <p>() ¿En que ciudad o población?</p> <p>() ¿En qué colonia o delegación?</p>
3	()	<p>REGISTRO</p> <p>Diga al sujeto la siguiente instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras y cuando termine quiero que me las repita. Diga clara y lentamente las palabras: flor, coche y nariz. Después pida al sujeto: Repita las tres palabras. Califique su ejecución en el primer intento. Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres palabras diga: Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde. Esta instrucción deberá presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las tres palabras, o bien hasta seis ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el sujeto la recordara. (Recuerde la calificación para este reactivo se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo).</p> <p>() Flor</p> <p>() Coche</p> <p>() Nariz</p> <p>No de ensayos: _____</p> <p>(1-6)</p>

5	()	<p align="center">ATENCIÓN Y CÁLCULO</p> <p>Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del cuarenta. Fijese bien, se trata de contar para atrás, restando 4 cada vez, por ejemplo: $40-4=36$; $36-4=32$. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 subtracciones (no proporcione ayuda).</p> <p>() 28 () 24 () 20 () 16 () 12</p>
3	()	<p align="center">EVOCACIÓN</p> <p>Pida al sujeto: Repita las tres palabras que le pedí que recordara.</p> <p>() Flor () Coche () Nariz</p>
2	()	<p align="center">LENGUAJE</p> <p>NOMBRAR: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama éste?. Repita lo mismo con una moneda.</p> <p>() Reloj () Moneda</p>
1	()	<p>REPETICIÓN: Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración, repítala después de mí, (diga lenta y claramente): No voy si tu no llegas temprano (sólo un ensayo).</p> <p>()</p>
3	()	<p>COMPRESIÓN: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto: Tome la hoja de papel con su mano derecha, después dóblela y tírela al piso (dé un punto por cada paso correctamente ejecutado). Tome la hoja de papel.</p> <p>() Con su mano derecha () Dóblela () Tírela al piso</p>
1	()	<p>LECTURA: Muestre al sujeto la instrucción escrita: cierra sus ojos, incluida en este paquete (previamente doble la hoja sobre la línea punteada y muestre sólo el letrero). Pida al sujeto: Por favor haga lo que dice aquí.</p> <p>()</p>
1	()	<p>ESCRITURA: Presente al sujeto el reverso de la hoja en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda).</p> <p>()</p>
1	()	<p>COPIA DEL MODELO: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados. (incluido al reverso de la misma hoja). Pida al sujeto: Copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de ésta misma hoja. Debe haber 10 ángulos y dos intersecciones. (No tome en cuenta temblor ni rotación).</p> <p>()</p>

CIERRE SUS OJOS



CONTINUACION ANEXO I



CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

INSTRUCCIONES.

El presente cuestionario contiene una serie de preguntas que pretenden evaluar su calidad de vida. Le pedimos que por favor responda a ellas de la forma más sincera posible. Es importante mencionarle que la información que usted nos proporcione será totalmente confidencial y que será utilizada únicamente en beneficio de usted.

Para responder a cada afirmación se le proporcionarán una serie de opciones, por favor elija la que sea más adecuada para usted.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de aplicación: _____ Calificación: _____
 Habitación: _____ Nombre: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
 Estado civil: _____ Religión: _____
 Tiempo de estancia en la residencia: _____
 Nivel socioeconómico (antes de su ingreso): _____

GRACIAS

No.	PREGUNTA	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	
1	Para realizar su cuidado personal (aseo y arreglo) requiere ayuda	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	
2	Para realizar sus actividades habituales (actividades domésticas, levantarse, etc.) requiere ayuda	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
3	Para usar el excusado requiere ayuda	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	
4	Para caminar usted requiere de	Ayuda frecuente	Muchas veces	Ayuda algunas veces	Pocas veces	Ninguna ayuda	
5	Para comer necesita	Ninguna ayuda	Frecuente ayuda	Ayuda algunas veces	Muchas veces	Ayuda totalmente	
6	Considera que su alimentación es	Excesivamente adecuada	Muy adecuada	Regularmente adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada	
7	Su apetito cambia	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	
8	Para salir de la cama requiere de	Ninguna ayuda	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Ayuda totalmente	
9	Para utilizar el teléfono necesita	Ayuda totalmente	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Ninguna ayuda	
10	Sus impedimentos físicos limitan sus actividades cotidianas	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
11	¿Con qué frecuencia hace ejercicio?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre	
12	En su opinión, los medicamentos que toma son	Excesivamente	Muchos	Pocos	Casi ninguno	Ninguno	
13	Para tomar sus medicamentos requiere	Ayuda totalmente	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Ninguna ayuda	
14	Tomar las medicinas le resulta	Excesivamente desagradable	Poco de agradable	Algunas veces desagradable	Pocas veces agradable	Agradable	
15	El tratamiento que recibe le impide realizar sus actividades habituales	Excesivamente	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
16	La enfermedad que padece le impide realizar sus actividades habituales	Excesivamente	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
17	Se siente enfermo	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	
18	Su estado de salud actual es	Muy buen	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	
19	Siente molestias corporales	Muy frecuentemente	Frecuente mente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
20	Presenta dolor, tensión o presión en la cabeza	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	
21	Al respirar siente molestias	Muy frecuentemente	Frecuente mente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
22	Sufre de palpitaciones o aceleración	Muy frecuentemente	Frecuente mente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
23	Presenta problemas de sueño	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	
24	Se siente triste y con ganas de llorar	Muy frecuentemente	Frecuente mente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
25	Se siente aburrido	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	
26	¿Se siente una persona útil?	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
27	Comparada con la de los demás, su memoria es	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	
28	Piensa en la idea de morir	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	
29	Estar solo le resulta	Muy agradable	Agradable	Indiferente	Desagradable	Muy desagradable	
30	Se siente impaciente o angustiado	Muy frecuentemente	Frecuente mente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	

CONTINUACION ANEXO 2

No.	PREGUNTA	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	
31	Se siente fatigado	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuente mente	Muy frecuentemente	
32	Su carácter cambia rápidamente de alegre a enojado o viceversa	Muy frecuentemente	Frecuente mente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	
33	Cuando piensa en su futuro se siente	Muy preocupado	Preocupado	Algunas veces preocupado	Poco preocupado	Sin preocupación	
34	En comparación con los demás, las condiciones en las que usted se encuentra son	Muy malas	Malas	Regulares	Buenas	Muy buenas	
35	Con qué frecuencia se siente rechazado por los demás?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca	
36	Lo que los demás opinen de usted	No es importante	Es poco importante	Es importante	Es muy importante	Es lo más importante	
37	Tomar decisiones a usted le resulta	Difícil	Un poco difícil	A veces fácil	Fácil	Muy fácil	
38	Realizar cosas nuevas es para usted	Muy fácil	Fácil	A veces fácil	Un poco difícil	Difícil	
39	Sus deseos de vivir y seguir adelante están	Siempre presentes	Presentes	Algunas veces presentes	Poco presentes	Ausentes	
40	Las metas que se planteó a lo largo de su vida fueron alcanzadas	Totalmente	Casi totalmente	Parcialmente	Levemente	Niñamente	
41	Su vida pasada le resulta	Muy satisfactoria	Satisfactoria	Algunas veces satisfactoria	Poco satisfactoria	Insatisfactoria	
42	Conocer a nuevas personas le resulta	Desagradable	Fa. agradable	A veces agradable	Agradable	Muy agradable	
43	Hacer nuevas amistades dentro de la residencia es	Muy fácil	Fácil	A veces fácil	Un poco difícil	Difícil	
44	Contar con alguien con quien platicar le resulta	Muy agradable	Agradable	A veces agradable	Poco agradable	Desagradable	
45	Estando rodeado de gente usted se siente	Muy solo	Solo	A veces solo	Un poco solo	Nada solo	
46	Asistir a reuniones le resulta	Muy agradable	Agradable	A veces agradable	Poco agradable	Desagradable	
47	La relación que lleva con sus compañeros es	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	
48	El apoyo que existe dentro de la residencia es	Insatisfactorio	Poco satisfactorio	A veces satisfactorio	Satisfactorio	Muy satisfactorio	
49	El ambiente de la residencia es	Muy agradable	Agradable	A veces agradable	Poco agradable	Desagradable	
50	La comunicación con sus familiares y amigos es	Nula	Poco frecuente	Regular	Frecuente	Muy frecuente	
51	Las visitas de sus familiares y amigos son	Muy frecuentes	Frecuentes	Regulares	Poco frecuentes	Nulas	
52	La relación que lleva con su familia le hace sentir	Muy satisfecho	Satisfecho	A veces satisfecho	Poco satisfecho	Insatisfecho	
53	Dentro de su familia, usted siente que es considerado como un miembro	Muy importante	Importante	Igual que todos	Poco importante	Nada importante	
54	Su situación económica actual es	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	
55	Sus ingresos son	Muy adecuados	Adecuados	Regulares	Poco adecuados	Inadecuados	
56	Realizar alguna actividad que le fuera remunerada sería	Desagradable	Poco agradable	A veces agradable	Agradable	Muy agradable	

CONTINUACION ANEXO 2

NO.	PREGUNTA	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
		Demasiado	Mucho	Lo normal	Poco	Nada	
57	Los problemas económicos del país le preocupan						
58	Realizar actividades solo cómo leer, escuchar música, pasear, ver tv es	Muy agradable	Agradable	A veces agradable	Poco agradable	Desagradable	
59	Participar en actividades grupales como ir a paseos, participar en juegos, etc. es	Muy interesante	Interesante	A veces interesante	Poco interesante	Nada interesante	
60	La atención y el servicio médico que recibe son	Muy buenos	Buenos	Regulares	Malos	Muy malos	
61	Tener relaciones sexuales es para los ancianos	Improbable	Poco posible	A veces posible	Casi siempre posible	Siempre posible	
62	Tener relaciones sexuales es para usted	Muy importante	Importante	Indiferente	Poco importante	Nada importante	
63	Sus deseos de tener relaciones sexuales son	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras	Infrecuentes	
64	Su Calidad de Vida actualmente es	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	
65	¿Qué requeriría para mejorar su Calidad de Vida dentro de su residencia?						

PLANTILLA PARA CALIFICACIÓN CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

INSTRUCCIONES.

El presente cuestionario contiene una serie de preguntas que pretenden evaluar su calidad de vida. Le pedimos que por favor responda a ellas de la forma más sincera posible. Es importante mencionarle que la información que usted nos proporcione será totalmente confidencial y que será utilizada únicamente en beneficio de usted.

Para responder a cada afirmación se le proporcionarán una serie de opciones, por favor elija la que sea más adecuada para usted.

Datos de identificación

Fecha de aplicación: _____ Calificación: _____
 Iniciales: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Escolaridad: _____ Estado civil: _____
 Tiempo de estancia en la residencia: _____
 Nivel socioeconómico (antes de su ingreso): _____
 Padres _____ Raza: _____
 Nacionalidad: _____ Habitación: _____
 Ingresos () Vestido () Alimentación () Higiene
 () Recreación () Servicios () Otros: _____

GRACIAS

CONTINUACION ANEXO 3

NO.	PREGUNTA	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
1	Para realizar su cuidado personal (aseo y arreglo) requiere ayuda	1	2	3	4	5	
2	Para realizar sus actividades habituales (actividades domésticas, levantarse, etc) requiere ayuda	5	4	3	2	1	
3	Para usar el excusado requiere ayuda	1	2	3	4	5	
4	Para caminar usted requiere de	1	2	3	4	5	
5	Para comer necesita	5	4	3	2	1	
6	Considera que su alimentación es	5	4	3	2	1	
7	Su apetito cambia	1	2	3	4	5	
8	Para salir de la cama requiere de	5	4	3	2	1	
9	Para utilizar el teléfono necesita	1	2	3	4	5	
10	Sus impedimentos físicos limitan sus actividades cotidianas	1	2	3	4	5	
11	„Con que frecuencia hace ejercicio?”	1	2	3	4	5	
12	En su opinion, los medicamentos que toma son	1	2	3	4	5	
13	Para tomar sus medicamentos requiere	1	2	3	4	5	
14	Tomar las medicinas le resulta	1	2	3	4	5	
15	El tratamiento que recibe le impide realizar sus actividades habituales	1	2	3	4	5	
16	La enfermedad que padece le impide realizar sus actividades habituales	1	2	3	4	5	
17	Se siente enfermo	5	4	3	2	1	
18	Su estado de salud actual es	5	4	3	2	1	
19	Siente molestias corporales	1	2	3	4	5	
20	Presenta dolor, tensión o presión en la cabeza	5	4	3	2	1	
21	Al respirar siente molestias	1	2	3	4	5	
22	Sufre de palpitaciones o aceleración	1	2	3	4	5	
23	Presenta problemas de sueño	5	4	3	2	1	
24	Se siente triste y con ganas de llorar	1	2	3	4	5	
25	Se siente aburrido	5	4	3	2	1	
26	„Se siente una persona útil?”	5	4	3	2	1	
27	Comparada con la de los demás, su memoria es	5	4	3	2	1	
28	Piensa en la idea de morir	5	4	3	2	1	
29	Estar solo le resulta	5	4	3	2	1	
30	Se siente impaciente o angustiado	1	2	3	4	5	

NO.	PREGUNTA	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
		5	4	3	2	1	
31.	Se siente fatigado	5	4	3	2	1	
32	Su carácter cambia rápidamente de alegre a enojado o viceversa	1	2	3	4	5	
33	Cuando piensa en su futuro se siente	1	2	3	4	5	
34	En comparación con los demás, las condiciones en las que usted se encuentra son	1	2	3	4	5	
35	¿Con qué frecuencia se siente rechazado por los demás?	1	2	3	4	5	
36	Lo que los demás opinen de usted	5	4	3	2	1	
37	Tomar decisiones a usted le resulta	1	2	3	4	5	
38	Realizar cosas nuevas es para usted	5	4	3	2	1	
39	Sus deseos de vivir y seguir adelante están	5	4	3	2	1	
40	Las metas que se planteó a lo largo de su vida fueron alcanzadas	5	4	3	2	1	
41	Su vida pasada le resulta	5	4	3	2	1	
42	Conocer a nuevas personas le resulta	1	2	3	4	5	
43	Hacer nuevas amistades dentro de la residencia es	5	4	3	2	1	
44	Contar con alguien con quien platicar le resulta	5	4	3	2	1	
45	Estando rodeado de gente usted se siente	1	2	3	4	5	
46	Asistir a reuniones le resulta	5	4	3	2	1	
47	La relación que lleva con sus compañeros es	5	4	3	2	1	
48	El apoyo que existe dentro de la residencia es	1	2	3	4	5	
49	El ambiente de la residencia es	5	4	3	2	1	
50.	La comunicación con sus familiares y amigos es	1	2	3	4	5	
51	Las visitas de sus familiares y amigos son	5	4	3	2	1	
52	La relación que lleva con su familia le hace sentir	5	4	3	2	1	
53	Dentro de su familia, usted siente que es considerado como un miembro	5	4	3	2	1	
54	Su situación económica actual es	1	2	3	4	5	
55	Sus ingresos son	5	4	3	2	1	
56	Realizar alguna actividad que le fuera remunerada sería	1	2	3	4	5	

CONTINUACION ANEXO 3

No.	PREGUNTA	RESPUESTAS					OBSERVACIONES
57	Los problemas económicos del país le preocupan	1	2	3	4	5	
58	Realizar actividades solo como leer, escuchar música, pasear, ver t.v., es	5	4	3	2	1	
59	Participar en actividades grupales como ir a paseos, participar en juegos, etc. es	5	4	3	2	1	
60	La atención y el servicio médico que recibe son	5	4	3	2	1	
61	Tener relaciones sexuales es para los ancianos	1	2	3	4	5	
62	Tener relaciones sexuales es para usted	5	4	3	2	1	
63	Sus deseos de tener relaciones sexuales son	5	4	3	2	1	
64	Su Calidad de Vida actualmente es	1	2	3	4	5	
65	¿Que requeriria para mejorar su Calidad de Vida dentro de la residencia?						

FARMACOVIGILANCIA		
DATOS DEMOGRÁFICOS:		
NOMBRE:		FECHA DE APLICACIÓN:
HABITACIÓN:	EDAD:	SEXO:
FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA DE INGRESO:
DIAGNÓSTICOS:		
1.		7.
2.		8.
3.		9.
4.		10.
5.		11.
6.		12.
MEDICAMENTOS:		
1.		7.
2.		8.
3.		9.
4.		10.
5.		11.
6.		12.

- Clark, S.A. (1992). Mental illness among new residents to residential care International. Journal of Geriatric Psychiatry, 7, 59-64.
- Contreras de Lehr, E. (1986). El anciano y su hábitat. La institucionalización. En Memorias IV Seminario de Asistencia Social al Anciano. Agosto 1986. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF.
- Craig, G.J. (1988). Desarrollo Psicológico. Prentice Hall Hispanoamericana. México
- Cuevas C., S. (1992). Salud Mental. En: La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud Secretaría de Salud. México.
- Cumming, E.; Henry, W.E. (1961). Growing old: The process of disengagement. Nueva York: Basic Books.
- Day, R.L. (1987). Relationships between life satisfaction and consumer satisfaction. En A. Coskun Samli (ed.). Marketing and the quality of life interface. Nueva York, Quorum Books.
- De las Heras, F.J.; Polaino, J.H.; Gaona, F.A.; Dueñas, M. (1990). Depresión e ideación suicida entre ancianos que vican en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 25 (2), 83-88.
- Fericgla, J.M. (1992). Envejecer una antropología de la ancianidad. Editorial Anthropos. España.
- Fernández-Ballesteros, R., Montorio I., Izal, M., González, J. Y Díaz, P. (1992). Evaluación e intervención Psicológica en la vejez. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, España
- Ferrari, N.A. (1962). Institutionalization and attitude change in an aged population: a field study and dissidence theory. Unpublished doctoral dissertation. Western University
- Ferrey, G.; Le Gouves G.; Bobes, J. (1994). Psicopatología del anciano. Editorial Masson Barcelona, España.
- Festinger, L.; Katz, D. (1979). Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Fitzpatrick, R.; Fletcher, A.; Gore, S.; Jones, D.; Spiegelhalter, Cox, D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assesment. British Medical Journal, 1992; 305: 1074-7.
- Fletcher, A.; Gore, S.; Jones, D.; Fitzpatrick, R.; Spiegelhalter, D.; Cox, D. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis and interpretation. British Medical Journal, 1992; 305: 1145-8.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. Mini-mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975; 12, 189-198.

- Frayn, M. (1991). A Landing on the Sun. Viking. En: Bowling, A. (1995). Measuring Disease. Open University Press.
- Gamietea, M. (1985). El aislamiento en los ancianos. Maestría en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
- García V., L.; Moya S., J. (1993). Historia de la psicología II. Teorías y sistemas psicológicos contemporáneos. Siglo XXI de España editores España.
- Gaylord, S.A.; Zung, W.W.K. (1989). Transtornos afectivos en el envejecimiento. En: Carsten, L.C. y Edelstein, B.A. (1989). El envejecimiento y sus trastornos. Ed Martínez Roca. España.
- Genevay, B. Intimacy as we age. Generations, 1986, 10(4), 12-15
- Goofman, E. (1961). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editores. Buenos Aires Argentina
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 1979, 9, 139-145.
- Guyatt, G.H.; Berman, L.; Townsend, M; Pugsley, S.O.; Chambers, L.W. (1987). A measure of quality of life for clinical trials on chronic lung disease. Thorax; 42:773-778.
- Hamilton, M. Scale to evaluate depression. L. Neurol Neurosurg. Psychiat., 1960, 23, 56.
- Hill R.; Rodgers, R.H. The developmental approach. In: H.T. Christensen (Ed.). Handbook of marriage and the family, Chicago. Rand McNally and Co., 1964.
- Hjermstad, M.J.; Fossa, S.D.; Bjordal, K.; Kaasa, S. Test/retest study of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. J Clin Oncol, May, 1995; 13 (5), 1249-1254.
- Horley, J.; Little, B. (1985). Affective and cognitive components of global subjective well-being measures. Social Indicators Research, 17, 189-197.
- Jódar, M. 1994. Déficit y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. En: Buendía, J. Envejecimiento y psicología de la salud. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Kastembaum, R. (1980). Vejez, años de plenitud. Edit. Harla México.
- Kimmel, D.C. (1974). Adulthood and aging: An interdisciplinary view. Nueva York: Wiley.
- Lara de Santiago, E. (1984). Aspectos psicológicos del proceso del envejecimiento. En: Memorias de II Seminario de Asistencia Social al Anciano. Agosto 1984. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF.
- Lehr, U. (1980). Psicología de la senectud. Edit. Herder. Barcelona.

- León Portilla, M. (1984). La vejez en el México prehispánico. En: Memorias de II Seminario de Asistencia Social al Anciano. Agosto 1984. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF.
- Levi, L.; Anderson, L. (1975). Psychosocial stress: Population, environment and quality of life. S.P. Books division of spectrum publications, Inc. New York.
- Liang M.H.; Larson, M.G.; Cullen, K.E.; Schwartz, J.A. Comparative measurement efficiency and sensitivity of five health status instrument for arthritis research. Arthritis and Rheumatism, Vol. 28, No. 5 (May, 1985).
- Linn, M.W.; Linn, B.S. Self-evaluation of Life Function (Self) Scale: A short, Comprehensive Self Report of Health for Elderly Adults. Journal of Gerontology. 1984 Vol. 39 No. 5, 603-612.
- Lopata, H.; Heinemann, G.D. y Baum, J. (1982). Loneliness: Antecedents and coping strategies in the live of windows. En: L.A. Peplau D., Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy (pp. 316-326). New York: Wiley.
- Lowe, G. R. (1972). El desarrollo de la personalidad: De la infancia a la senectud. Alianza Editorial. 1974, España.
- Lowenthal, M.; Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. In: B. Neugarten (Ed.). Middle age and aging. Chicago: University of Chicago. Presss.
- Lowther, C.P.; Mcleod, H.M. (1974). Admissions to a welfare home. Health Bulletin, 32, 14-18
- MacNair D.M., Lorr M., Doppleman L.F. (1971). Manual for the profile of mood states. San Diego: San Diego Educational and Industrial Testing Service.
- Mañós, Q. (1998). Animación estimulativa para personas mayores discapacitadas. Editorial Narcea. Madrid, España.
- Martínez Arronte, F. Estudio del uso de fármacos en una población de ancianos institucionalizados. Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología. 1989. 1:2, 38-44.
- Master, W.; Johnson, V.; Kolodny, R. (1995). La sexualidad humana. Grijalbo. Barcelona, España.
- Méndez R., Y.; Namihira G., D.; Moreno A., L.; Sosa de M., C. (1990). El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. Ed. Trillas. México.
- Mezey, D. (1984). Evaluación de la salud en el anciano. Prensa médica mexicana. México.
- Mishara, B.L.; Riedel, R.G. (1986). El proceso de envejecimiento. Edic. Morata. Madrid, España.
- Moraleda, M. (1995). Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud. Boixareu Universitaria.

- Morales, J.M., Del Ser, T. Escalas de detección del deterioro mental en el anciano. En: Del Ser, T., Peña, J. (1994) Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia Barcelona, España. J.R. Prous Editores.
- Molano N., E. (1994) Relación entre la actitud de familiares y el nivel de depresión en ancianos institucionalizados. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM
- Moreno C., T. (1994). Cambio de actitud de ancianos institucionalizados. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Motlis, J. (1985). El dado de la vejez y sus seis caras. Altalena editores. Madrid, España.
- National Dairy Council. (1977). Nutrition of the elderly. Dairy Council Digest, 48, 1.
- Newhouse, P.A., Finkel, S.I., Ritcher, E.M. (1995). Los ISRS en el tratamiento de la depresión en pacientes ancianos (> 70 años) no hospitalizados. Trabajo presentado en el Congreso del European College of Neuropsychopharmacology.
- O'bryan, S.L. (1983). The subject value of home to older homeowners. Journal of Housing for the elderly, 1, 29-43.
- Ortega G C Mapa mercadológico de la mega ciudad de México. Buro de investigación de Mercados, S A de C.V.. México, 1993.
- Ozawa D., J. (1994) Estomatología geriátrica. Editorial Trillas. México.
- Palomar L., J. (1995). Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM.
- Papalia, D.E.; Wendkos, O., S. (1992). Desarrollo humano. Edit. Mc Graw-Hill. México.
- Pardinas, F (1976). Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales Introducción elemental. Siglo XXI editores. México
- Pincus, T.; Somme, J.A.; Soraci, S.A., Kenneth, J.; Wallston, A.; Hummon, N.P. Assesment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire, Arthritis and Rheumatism, Vol. 26, No. 11 (November 1983).
- Prior, J.C., De la Poza, J. Aportaciones teóricas al estudio de la calidad de vida. En: Quintanilla, P.I. Psicología social y sociedad del bienestar. (1990).
- Pullium, R.M. (1989) What makes good families: predictors of family welfare in the Philippines. Journal of comparative family studies. 20(1), 47-66.
- Qintero, G.; González, U. Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En Buendía, J. (1997). Gerontología y Salud. Perspectivas actuales Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.

- Rodríguez C., R.M.; Baltazar N., A.V.; Luján E., M; Mijangos H., F.J. Correlación entre el patrón de uso de fármacos y funciones mentales superiores en un grupo de ancianos de una sala de geriatría. En: Memorias del XX Congreso Nacional de Farmacología. Oaxaca, Oax., junio de 1997.
- Rold A., B. (1986). Un enfoque alternativo sobre el envejecimiento aspectos de política y atención institucional. En: Memorias IV Seminario de Asistencia Social al Anciano. Agosto 1986. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF.
- Romero González M., Castillo Ferrando J.R., Serrano Molina J.S., Navarro Recuero S., Pavón Muñoz M.J., Vera Vera J., García Fernández M., Tejeda Artiel C. (1987). Consumo de Medicamentos en la tercera edad. Residencias de ancianos de la provincia de Sevilla. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 22, 5, 283-287.
- Sánchez, C.; Ramos, F. (1982). La vejez y sus mitos. Salvat Editores. Barcelona, España.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1990). Epidemiología de la vejez. ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años? McGraw Hill-Interamericana de España. Madrid.
- Spilker, B. (1990). Quality of Life. Assesments in Clinical Trials. Raven Press. New York.
- Tartler, R. (1961). Das alter in der modernen Gesellschaft. Enke, Stuttgart.
- Timiras, P.S. (1978). Perspectivas biológicas sobre el envejecimiento. American Scientist, 66, 505-613.
- Tobin, S. (1989). The effect of institutionalization. En: Markides, K.; Cooper, C.L. (1989). Aging, stress and health. John, Wiley and sons. Nueva York, E.U.
- Tobin, S.; Lieberman, M. (1976). Nursing homes and retirement communities. En: Grandal, R.G. Gerontology: A behavioral science approach. Newbery Award Record. Nueva York, E.U.
- Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. Journal of Chronic Disease. Vol. 40, no. 6, pp. 593-600, 1987.
- Warren, M. Mental confusion on elderly persons. Geriatrics. 1959: 207.
- WHOQOL Group (1993) Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: WHO.
- World Health Organization: The constitution of the World Health Organization. WHO Chronic, 1947; 1: 29.
- Zenil, M.; Marchiori, L.; et al. (1976) Personalidad del anciano. México; Gobierno del Estado de México e ISSEMYM.
- Zinberg, N.; Kaufman, I. 1987. Psicología normal de la vejez. Paidós. Argentina.