



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Impacto del trabajo de las adultas mayores en su calidad de vida

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Doctor en Ciencias de la Administración

Presenta:

Laura Martínez Ruiz

Comité Tutor

Tutor principal: **Dr. Juan José Sánchez Sosa**
Facultad de Psicología

Dra. Angélica Riveros Rosas
Facultad de Contaduría y Administración

Dra. Sofía Contreras Solyomvary
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, noviembre de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis queridas adultas mayores que me permitieron realizar la investigación y depositaron en mí su confianza

Un agradecimiento muy especial al Dr. Juan José Sánchez Sosa y Dra. Angélica Rivero por ofrecer su tiempo, conocimientos y dirección.

A la Dra. María Elena Camarena y Dr. Reza Rashnavady, por sus grandes aportaciones

A la Mtra. Soledad Alicia Rivera y al Mtro. Rolando García que de forma desinteresada compartieron sus conocimientos y tiempo

A mi grupo de amigas Los años dorados y compañera y amiga Sandra Rodríguez

*GRACIAS A TODA PERSONA, MUJER, HOMBRE
QUE SEA ADULTO MAYOR*

ÍNDICE

Frases sobre la vejez.....7

Introducción.....8

Antecedentes.....11

El envejecimiento en México.....18

Estadísticas del INEGI sobre el adulto mayor22

Demografía y estadística del adulto mayor.....26

Figura poblacional de 1995.....26

Proyecciones poblacionales para 2025 y 2050.....27

La importancia del trabajo para el adulto mayor.....29

La jubilación del adulto mayor.....32

Calidad de vida en los adultos mayores.....33

Concepto de calidad de vida e investigaciones en México.....34

La *Calidad de Vida* como constructo, según diversos autores 35

Otros Modelos de Calidad de vida..... 38

Enfoques sobre el envejecimiento

El punto de vista de la Gerontología 41

El punto de vista biológico43

El punto de vista psicosocial 44

Los derechos del adulto mayor (Gaceta Oficial) 45

Ley de los derechos de los adultos mayores 2002 49

Marco teórico. Teoría del envejecimiento activo, envejecimiento positivo.....54

Condicionantes del Envejecimiento.....57

 La sociedad y servicios sociales 57

 Conductuales 57

 Individuales 59

 Del entorno físico 59

 Del entorno social 60

 Económicos 60

Fundamentación del estudio 62

Propuesta general sobre el estudio 63

Planteamiento del problema 63

Preguntas de investigación64

Hipótesis 64

Objetivos 65

Metodología

Diseño 65

Escenario.....65

Participantes 66

Procedimiento79

Medición (Instrumentos)

Carta de presentación.....81

Entrevista estructurada.....81

Cuestionario de Calidad de Vida adaptado (WHOQOL-BREF) 81

Cuestionario (complementario) de Calidad de Vida82

Cuestionario de datos socio demográficos83

Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia (actividades cotidianas) 83

Codificación de observación conductual (Categorías) 83

Distancia física (Proxémica)83

Expresión corporal84

Contacto Visual84

Conducta Verbal85

Resultados

Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) porcentajes y frecuencias por reactivo..... 86

Otras medidas descriptivas del WHOQOL-BREF 97

Frecuencias y porcentajes por área del WHOQOL-BREF100

Cuestionario (Complementario) de Calidad de Vida	105
Instrumento de Auto-Eficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos	107
Actividades de independencia.....	107
Actividades recreativas pasivas.....	108
Actividades recreativas activas.....	109
Actividades sociales.....	111
Actividades de protección a la salud.....	112
Actividades perjudiciales a la salud.....	113
Comparación de medias entre la población que labora y no labora, con su Calidad de Vida.	114
Análisis no paramétrico: dos muestras independientes (U de Mann- Whitney) sobre población que labora y la que no labora	115
Autoeficacia promedio entre las que laboran y no laboran, comparación de medias.....	118
Correlación (Sperman Rho)	119
Gráficas (correlaciones)	121
Codificación para observar conductas.....	123
Proxémica (distancia física)	123
Expresión corporal	123
Contacto visual	124
Conducta verbal	125

Discusión

Contexto sociodemográfico de las participantes	126
Calidad de Vida	128
El posible papel de la actividad laboral	130
Autoeficacia	132
Rapport y proxémica	133

Conclusiones

11. Sugerencias para estudios futuros	137
12. Aportaciones del estudio	139
Referencias.....	141

Apéndices 148

I. Carta de presentación	148
--------------------------------	-----

II. Cuestionario WHOQOL-BREF	149
------------------------------------	-----

III. Cuestionario de Calidad de Vida	153
--	-----

IV. Cuestionario de datos socio demográficos	154
--	-----

V. Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para actividades cotidianas	157
---	-----

VI. Codificación de observación	161
---------------------------------------	-----

VII. Descripción y fotografíasde la Casa de adultos mayores “ <i>Nuevo Amanecer</i> ” en San Andrés Ahuayucan, Xochimilco	162
---	-----

VIII. Preguntas representativas en la investigación	167
---	-----

Tablas complementarias	176
------------------------------	-----

Figuras complementarias	178
-------------------------------	-----

Gráficas complementarias	179
--------------------------------	-----

Fotografías de las instalaciones	179
--	-----

FRASES SOBRE LA VEJEZ

Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.
Ingmar Bergman (1918 - 2007, sueco).

Una bella ancianidad es, ordinariamente la recompensa de una bella vida.
Pitágoras (572 a. C. - 497 a. C., griego).

En la juventud aprendemos, en la vejez entendemos.
Marie von Ebner Eschenbach (1830 - 1916, austriaca)

Las arrugas del espíritu nos hacen más viejos que las de la cara.
Michel Eyquem de la Montaigne (1533 – 1592, francés).

Los árboles más viejos dan los frutos más dulces.
Proverbio alemán.

Los que en realidad aman la vida son aquellos que están envejeciendo.
Sófocles (495 a. C. -406 a. C., griego).

La juventud y la vejez no pueden vivir juntas
W. Shakespeare (1564 – 1616, inglés).

Saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría, la parte más difícil del gran arte de vivir
Henri-Frédéric Amiel (1821 -1881, suizo).

El cuerpo se me arruga, es inevitable, pero no el cerebro. Mantén tu cerebro ilusionado, activo, hazlo funcionar y nunca degenerará
Rita Levi-Montalcini (1909 – 2012, italiana).

Los jóvenes van por grupos, los adultos por parejas y los viejos van solos.
Proverbio sueco.

El joven conoce las reglas, pero el viejo las excepciones.
Oliver Wendell Holmes (1809 – 1894, estadounidense).

1. INTRODUCCION

El presente trabajo busca explorar la importancia que juega el papel laboral en adultos mayores, en específico con mujeres en diversas ocupaciones; y cómo el trabajo podría asociarse con su calidad de vida.

Se busca explorar cómo los posibles efectos del trabajo se pueden reflejar en elementos como su estado de salud, seguridad económica, las actividades de su vida cotidiana y sus relaciones sociales. El trabajo en la adulta mayor puede cubrir funciones como su incorporación en su entorno social y aceptación, independientemente de las razones por las que labora o laboró.

En décadas pasadas no parecía existir una preocupación sistemática por la forma en que el adulto mayor se desenvolvía, cómo perdía la posibilidad de seguir incorporándose socialmente o aceptando de modo relativamente pasivo o que incluso la propia familia lo pudiera relegar. En años recientes se ha incrementado la atención en ellos; muy probablemente debido al cambio en el crecimiento y la distribución poblacional de sobrevivida y edad, lo cual se refleja en datos demográficos como los señalados por la autora Valdés (2000). Este estudio muestra cómo se distribuye en México de 1970 a 1995 la población con predominio proporcional en niños y jóvenes y cómo, la proyección hacia los años 2025 y 2050 la población de adultos mayores ocupará un porcentaje poblacional alto (gráficas y figuras que se verán más adelante). Esta tendencia que ya está aconteciendo en México, ocurrió en décadas pasadas en Europa.

En la actualidad en países como Francia, España y Estados Unidos se han realizado investigaciones sobre el envejecimiento poblacional (Ham, 2003). Este mismo autor señala que en México se han realizado investigaciones sobre adultos mayores con un enfoque antropológico y social, con base en datos demográficos, económicos y de salud aportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Los estudios se han realizado en los estados de Chiapas, Guanajuato,

Jalisco y Veracruz, con población de adultos mayores tanto rurales como urbanos. Sus resultados apuntan hacia la necesidad de una planificación innovadora en políticas públicas, tomando en cuenta los aspectos culturales, familiares, religiosos y trabajo, entre otros, de los adultos mayores.

La investigación realizada para la presente tesis busca dar respuesta a interrogantes como ¿cuál parece ser el papel de las adultas mayores en el contexto de la vida actual, con una sociedad en proceso de cambio?, ¿cómo percibe su calidad de vida la adulta mayor? y ¿cómo parecen asociarse sus niveles percibidos de calidad de vida con sus antecedentes o experiencias laborales?. Así, el estudio pretende destacar la importancia del trabajo del adulto mayor como elemento contribuyente a cambios en su calidad y a algunos aspectos que reflejan diversos niveles de su aportación social.

En general, las propuestas teóricas del envejecimiento activo y exitoso sugieren que al adulto mayor le favorece continuar asociado al trabajo, ya que le hace sentir útil, productivo y socialmente incorporado.

A guisa de síntesis metodológica, en el presente estudio se utilizaron diversas medidas, como la entrevista y cuestionarios, dirigidos a la exploración de la calidad de vida de la adulta mayor y su relación con el trabajo. También se usaron cuestionarios exploratorios de la Autoeficacia para la realización de actividades de la adulta mayor, es decir su percepción de su propia capacidad para desempeñar diversas funciones y algunos aspectos adicionales o complementarios de su comportamiento y su funcionamiento personal e interpersonal.

En el estudio se utilizó un esquema transversal, que incluyó a 30 adultas mayores (60 a 84 años de edad, divididas en rangos de edad) de una *Casa de día* de Adultos Mayores donde asisten de 9 a 14 horas, de lunes a viernes); y otras 30 participantes, adultas mayores que no asisten a este tipo de casas, administradas por las Delegaciones de la Ciudad de México.

Los resultados de los datos recolectados se analizaron con diversos estadísticos del paquete denominado "SPSS" (*Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales*) buscando congruencia estadística y metodológica entre la naturaleza de las medidas y dimensiones y las pruebas estadísticas utilizadas.

Los resultados de la investigación ofrecen una visión exploratoria de quién es la mujer adulta mayor, su papel laboral, social, económico y su calidad de vida en condiciones usuales de la sociedad actual. Se espera que los principales hallazgos resulten enriquecedores para el diseño, la implementación y la evaluación de intervenciones orientadas a mejorar su bienestar, sus condiciones de vida, su involucramiento, su participación y su calidad de vida.

Parte de este contexto y del propósito del estudio se deriva de propuestas como las de Magnus (2011) que apuntan a que, un mundo que va envejeciendo puede mantener o aumentar la participación de esta fuerza laboral de las personas que *podrían trabajar más o durante más tiempo, pero que no lo hacen* y promover el crecimiento de la productividad y bienestar de los adultos mayores que trabajen, con una posible aportación adicional a la sociedad e incluso a la economía" (p. 29).

ANTECEDENTES

Un aspecto importante de la vida contemporánea en sociedad es el papel que juega el adulto mayor dentro de la comunidad, incluyendo cómo participa o ha participado en el ámbito laboral, por sus implicaciones y su desempeño en el contexto individual, familiar y comunitario, incluyendo explorar cómo se refleja (positiva o negativamente) en su calidad de vida.

En principio, el trabajo del adulto mayor dentro del campo laboral es importante, en la medida que le permita mantenerse activo e incluso darle la oportunidad de ser contratado. El trabajar puede proporcionar al adulto mayor calidad de vida al sentirse útil, necesario y conservar su estabilidad económica (Ballesteros, 2004).

En el contexto de los medios de comunicación masiva se aprecian, en efecto, especímenes de dicho razonamiento. Por ejemplo el periódico *El Economista* señala “Crece la tendencia de contratar a adultos mayores” en donde menciona “La tendencia de despedir a las personas mayores de 50 años comienza a revertirse en México, y es que, a decir de expertos, ningún título profesional suple la experiencia” (25 de abril de 2012) y se resalta la experiencia que puede tener el adulto mayor (en contraste con la gente joven), por lo que se sugiere que la plantilla laboral debe ser más heterogénea en edades.

Sin embargo, las organizaciones en la actualidad han tomado una postura de negarse a contratar y conservar al adulto mayor dentro de la plantilla laboral, como puede observarse en datos proporcionados por INEGI (2014) en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). En el tercer trimestre de 2014 se tenía una población total de 119,879,581 millones de habitantes y una población laboral y económicamente activa según la edad que se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 1.

Edad	Cantidad
De 25 a 44 años	1,241,571
De 45 a 64 años	450,672
De 65 a más años	39,744
TOTAL	1,731,987

Tomada de: www.inegi.org.mx/sistemasglosario/paginas

INEGI (2014) La edad de 65 a más años es la menos participativa para el tercer trimestre de 2014.

Como se puede observar la población económicamente activa suma un total de 1,731,987, personas donde los adultos mayores económicamente activos apenas constituyen aproximadamente un 2.5%, si se compara con la población joven económicamente activa de 25 a 44 años.

El no dar oportunidad al adulto mayor para continuar laborando puede generar problemas en su vida personal, ocasionando pérdida en su economía, autoestima y como resultado, perjudica directamente su calidad de vida. En efecto, Rodríguez (2006) señala, en la vejez no sólo hay pérdidas sino también ganancias como la experiencia que va acumulando el adulto mayor a través del tiempo, y que pocas veces es reconocido.

En un contexto similar CoNaPo (2017) hace una división por edades más detallada. Inicialmente se señala que la participación en el trabajo del adulto mayor disminuye pero podría esperarse que, de 2020 a 2050 la Población Económicamente Activa de los adultos mayores irá en aumento (véanse las tablas 2a y 2b).

Tabla 2a.

Tabla de población general

Edad	2010	2020*	2030*	2040*	2050*
60-64	53.11	55.17	56.86	58.16	59.66
65-69	42.48	43.86	45.05	45.96	46.84
70-74	32.85	33.58	34.25	34.82	35.27
75-79	24.38	24.63	24.87	25.13	25.30
80-84	16.80	16.79	16.75	16.76	16.77
85-89	11.02	11.01	10.91	10.86	10.84

* Estimadas. Tomada de: www.conapo.gob.mx

Conapo (2017) <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Participación económicamente activa de los adultos mayores en función de las década por edad.

Tabla 2b.

Población general.

Porcentaje estimado en aumento según la edad para 2050.

Edad	2010 a 2050*
60-64	12.33
65-69	10.26
70-74	7.36
75-79	3.77
80-84	-.17
85-89	-1.63

* Estimados: De 60 a 79 años aumenta la participación de los adultos mayores y de 80 a 89 se estima que va a disminuir. Elaboración: Laura Martínez.

Algunos estudios sugieren que la población más discriminada de la sociedad son los adultos mayores; con un dato ofrecido por Sedesol de 40.5% de la población, y que dentro de las áreas de exclusión del adulto mayor esta la parte laboral (Romero, 2005). Los adultos mayores necesitan ser aceptados, comprendidos, respetados y ofrecerles un ambiente integrador y no marginarlos por las actividades que ya no pueden hacer.

Vinculado con lo anterior, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CoNaPreD, 2005) señala que al adulto mayor se le discrimina porque se le considera una persona que ha perdido facultades físicas y mentales, está enfermo o padece alguna incapacidad, lo cual lo coloca en una posición de baja productividad y desventaja en comparación con personas de menor edad. La discriminación ocurre desde la forma de ingreso a la fuente laboral, los sueldos y la escasa capacitación que se les da. Poco a poco se puede conducir al adulto mayor a un nivel de pobreza y a una marginación social que ocasione aislamiento personal y familiar. CoNaPreD (2005) también señala que la ignorancia o incomprensión de quien contrata no toma en cuenta el costo del prejuicio que lleva a esta discriminación, el perjuicio que ocasiona y que se sigue practicando.

En otras cifras preocupantes para los adultos mayores la Procuraduría Federal del Consumidor (ProFeCo) en información señalada por Beade (2012), señala que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe estadístico de 2011 sobre las enfermedades principales del adulto mayor son los trastornos del corazón, el derrame cerebral, diabetes, cáncer, son las causas de muerte a nivel mundial. En relación con México, se encuentra que la Secretaría de Salud menciona que las enfermedades crónicas degenerativas afectan por igual a hombres como mujeres véase la Tabla 3.

Tabla 3.

Ingresos a hospital de 60 años y más dividido por sexo

Causa	Mujeres	Hombres
Diabetes Mellitus no insulino-dependientes	35,047	28,117
Insuficiencia renal crónica	26,214	28,678
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	13,836	13,964
Diabetes Mellitus no especificada	10,984	9,593
Enfermedades cerebrovasculares	9,672	9,146
Neumonía, organismo no especificado	9,116	8,633

Egresos hospitalarios 2008. Base de datos de CONAPO.

https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2012/bol214_amayor_salud.asp

Es de destacarse que, en el caso de las mujeres la principal enfermedad es la Diabetes Mellitus no insulino-dependiente y en los hombres la Insuficiencia renal crónica. Dichas enfermedades pueden alterar el rendimiento laboral de los adultos mayores o incapacitarlos.

En sentido más social y cultural autores como Montes de Oca (2010) han señalado que: *“El envejecimiento está condicionado por factores externos a los individuos, sobre todo por el proceso productivo, por su actividad laboral y sus ingresos, entre otras causas, lo que implicaría su clase social o el lugar que ocupa socialmente. Depende también del condicionamiento de género, es decir, de cómo las culturas definen el papel social de las mujeres y los hombres”* (p.161).

Ham (2006) señala que el adulto mayor en México, (también llamado de tercera edad, viejos, población mayor y ancianos), se ha caracterizado mediante diferentes niveles de análisis: desde calificársele

como una carga familiar y social, hasta ser un problema que repercute de manera económica. Este mismo autor reitera que en tiempos pasados hablar del adulto mayor resultaba secundario e inclusive indiferente para la sociedad mexicana; pero que ya no es así actualmente y remarca la importante necesidad de hacer estudios interdisciplinarios.

La indiferencia ante la situación del adulto mayor puede resultar riesgosa, ya que “además de negar la evolución de una sociedad, pasa desapercibida la necesidad de realizar cambios en las políticas de la población para una buena planeación social y económica” (Aries 2000 p. 11-14 y mencionado por Ham 2006).

En el contexto de las tendencias de sobrevida Valdés (2000) señala que “para 2020 es muy probable que se incremente la esperanza de vida a 90 a 95 años, que los adultos de hoy de 65 a los de 85 años abarcarán hasta los 75 a los 90 años o 100 años, dependiendo de la calidad de vida y que esto necesariamente obligaría a hablar de la calidad de muerte del adulto mayor” (p. 31).

En el contexto de los recursos, Romero (2004), menciona que al crecimiento de la población del adulto mayor se le percibe como problema debido a las crisis financieras generadas en la seguridad social lo que obliga a incrementar el uso de los sistemas de salud, a adaptarse a la población que envejece lo cual exige estructurar nuevos perfiles epidemiológicos de enfermedades del adulto mayor lo que, a su vez demanda recursos económicos.

Dentro de este mismo marco también se incluye a la familia y a las relaciones sociales, se advierte la necesidad de un cambio en la concepción de una nueva inserción del adulto mayor, ya que esta población va en aumento, con el costo económico y social, señalado por Ham (2006) quien también menciona que en la última década del siglo pasado (1990) surgió una preocupación por la planeación familiar; ya que, si no se le daba importancia, a poco tiempo aumentaría drásticamente la proporción en edades entre los jóvenes y la población de adultos mayores. Las diferentes Instituciones Sociales como las de

Salud (ISSSTE, IMSS) replantean el cuadro de las enfermedades de los adultos mayores, los planes financieros para las futuras jubilaciones y los ámbitos laborales (Ham 2006; Romero 2004; Valdés 2000).

La Organización Mundial de la Salud en un informe de fines de los noventa (Harper y Power, 1998) señalan que la calidad de vida es una forma de ver, la percepción del individuo desde el lugar que ocupa en la vida, dentro de un contexto cultural determinado, los valores que lo rodean y las metas y expectativas que ha cumplido. En el caso de las expectativas del adulto mayor, en muchas ocasiones pueden resultar frustradas al no estar contemplado dentro de la fuerza laboral, reflejado en el hecho de no tener trabajo y como consecuencia deteriorar su economía.

Uno de los problemas que enfrentan los países con un acelerado envejecimiento de la población como México, consiste en robustecer en el corto plazo, una infraestructura social para la atención de ancianos que en la actualidad es muy deficiente (Romero, 2004). Esta misma autora remarca que en el caso de México, de cada 100 personas de 65 años o más, 24 trabajan, 13 están pensionados y 63 ni trabajan ni reciben pensión. De las 24 que trabajan 11 o no reciben ingresos o perciben un salario mínimo. Adicionalmente, de cada 100 ancianos, 10 viven solos y 52 no son derechohabientes de ningún sistema de salud. Las líneas anteriores hacen reflexionar sobre el descuido que hay en esta población incluyendo y la falta de oportunidades laborales.

En efecto, los adultos mayores por su condición de vejez frecuentemente están marginados socialmente y económicamente, lo que hace que el adulto mayor requiera hacer esfuerzos especiales para busque integrarse a la sociedad y, en ocasiones a su propia familia (Arzate, Fuentes y Retel, 2007). Los autores también señalan que los adultos mayores presentan carencias económicas por lo que requieren integrarse a una fuente laboral.

En este contexto, el presente estudio busca obtener información que pudiera utilizarse para replantear el papel social del adulto mayor

y su posición dentro de lo laboral y permitir estructurar posibles propuestas que determinen la importancia del vínculo con el trabajo y su influencia en la calidad de vida y orienten y faciliten su adopción institucional y por parte de la propia comunidad.

En cuanto a las organizaciones laborales, si el conocimiento abre alternativas y conocen a su población de trabajo, sus fortalezas y limitaciones podrán aprovechar dicho conocimiento para planear y organizar su trabajo y hacer fructificar la experiencia laboral que puede aportar el adulto mayor.

El Envejecimiento en México.

Es importante señalar que el envejecimiento dentro de la población mexicana se ha acelerado en décadas, como en seguida se marca con un ejemplo comparando con Francia:

Tabla 4.

Consejo Nacional de Población (CoNaPo, 1999).

Proyecciones de la población de México 1995-2050

Francia			México		
1750	5.2	%	2000	4.6	%
2000	16.2	%	2036	16.0	%
2050	26.4	%	2050	24.0	%

Fuentes: Bourdelais (1993), CoNaPo (1999), Proyecciones de la Población en México (1995-2050), (Ham 2003).

Es importante diferenciar los datos anteriormente, debido a que hay contraste entre la historia demográfica de Francia en donde indica que desde 1750 su población ya tenía una proporción de 5.2% de personas en edad de 65 años y más, cifra que en México apenas se logró poco después del año 2000. Por otro lado, el porcentaje de la población francesa en las edades de 65 años y más, en el año 2000 ha sido de 16.2

%, cifra que México alcanzará en el 2036. Es importante señalar que Francia recorrió en 250 años, lo que México recorrerá en menos de 40 años. En Francia la población de adultos mayores es de 65 años en adelante (país desarrollado) y en México es a partir de los 60 años (país en desarrollo).

El problema de envejecimiento plantea una realidad más compleja que la simple medición demográfica pues incluye la evaluación financiera de la seguridad social, diversas políticas públicas, los costos de la atención a la salud y los cambios que se tienen que dar a nivel organizacional y por consecuencia relativos trabajo. Se requiere conocer la población de la tercera edad si se buscan replanteamientos en el campo social, laboral, familiar, etc.

Investigar al adulto mayor requiere hacerse de forma interdisciplinaria por la multiplicidad de factores involucrados y la búsqueda de medidas de solución al papel que juega y va a jugar el adulto mayor (Ham, 2003).

Los adultos mayores económicamente activos en 2010 eran un 31.8%; los no económicamente activos 66.6%. Los adultos mayores hombres activos eran un 53.6% y mujeres 12.7%; población no económicamente activa hombres eran 44% y mujeres 86.2% (INEGI, 2014). De la población total de adultos mayores 58.2% de hombres y 10.4% de mujeres reciben pensión.

Tabla 5

Por grupos de edad que tienen pensión

Edad	Porcentaje
60-64	24.4%
65-69	23.8 %
70-74	20.7 %
75-79	14.7%
80-84	9.4%
85 y +	7%

INEGI (2014), Censo 2010 (p. 142)

Las investigaciones realizadas en México sobre la vejez son en su mayoría de tipo demográfico y proporciona los elementos iniciales para dar cuenta del crecimiento poblacional, y su relación con el área de salud y hay referencias escasas sobre la repercusión en el ambiente laboral (Ham, 2003). La población de adultos mayores tiene una tasa de utilización de los servicios de salud por motivo de enfermedad de 11.4 %, siendo la más alta entre todos los grupos de edad (Borges-Yáñez y Gómez-Dantés (1998) principalmente por enfermedades crónicas. Así, el envejecimiento generará presiones en la demanda de atención médica, no sólo por su número y velocidad sino por el tipo de morbilidad crónica que padecen los ancianos. En efecto, en América Latina los adultos mayores demandan más gastos en atención médica (Palloni, Pinto-Aguirre y Peláez, 2002). Es probable que si la gente mayor siguiera activa, laboralmente y con responsabilidades, no mostraría un índice tan alto de enfermedades, como lo ha propuesto la teoría del envejecimiento activo y positivo (Giro 2006).

Una investigación con 4,808 hombres de 30 a 65 años y 4,907 mujeres de 65 años o más, con la Encuesta de Salud, Edad y Retirada (SHARE) (Wahrendorf, 2015) reveló que la más alta calidad de vida se

presentó en mujeres con historias mixtas de trabajo (doméstico, laboral) y entre los hombres con una historia laboral regular y continua, con jubilación tardía. Los resultados subrayan la importancia del empleo continuo, que favorece la salud y el bienestar, durante la vida laboral y después de ésta. Estos resultados permiten nuevas perspectivas en la descripción de las historias de empleo y las diferencias existentes entre hombres y mujeres.

En este punto conviene recordar el probable papel de los prejuicios de una sociedad en relación con los adultos mayores mismos que le restan oportunidad para seguir funcionando laboralmente, a pesar de su la riqueza de su experiencia y sus competencias (Orozco, 2006). “Es necesario remarcar cómo a partir del siglo XX se dio un cambio sobre el significado del adulto mayor, ya que, a partir de este tiempo, se le vinculó con devaluación de la vejez y su existencia problemática” (Aries, 2000, p.23). Antes los viejos formaban parte de la vida y de la historia de la propia familia, ahora muchas veces se les percibe como un estorbo. En efecto, el concepto de “viejismo”, se define como un conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos en función de su edad y se transforma en una imagen negativa (Ragan y Wales, 1980). El *viejísimo* se volvió un método por medio del cual la sociedad fomenta puntos de vista acerca de los ancianos con la finalidad de deshacerse de su responsabilidad para con ellos (Krassoievitch, 2001), descalificando a una población que puede ser activa y productiva.

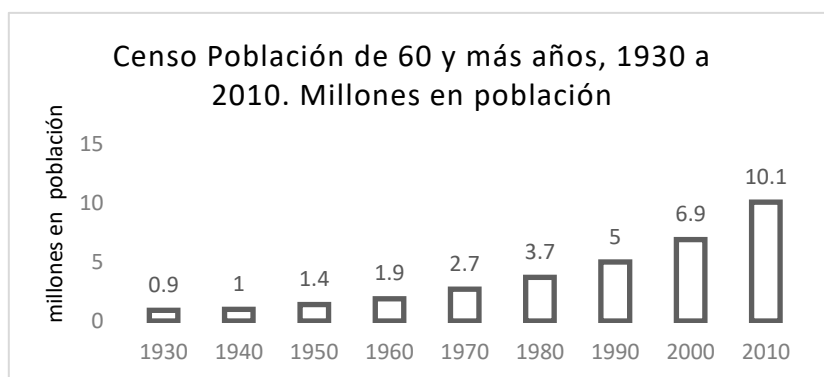
A fin de agregar un contexto más objetivo a este análisis, con base en cifras generadas institucionalmente, en la siguiente sección se describen algunos de los hallazgos que con más claridad matizan la problemática a explorarse en el presente estudio.

Estadísticas del INEGI sobre el adulto mayor

El Instituto Nacional y Estadístico de Geografía (INEGI, 2014) aporta la siguiente información poblacional del adulto mayor, donde hace un mayor acercamiento a la problemática en cuanto a su demografía:

Gráfica 1.

Censo poblacional de adultos mayores 1930 a 2010



INEGI (2014) Perfil sociodemográfico de los adultos mayores.

Como se puede observar en los datos de la población de adultos mayores desde los años 1930 a 2010; pasó de una población de menos de un millón (900,000 habitantes) a más de 10 millones en el año de 2010. Más recientemente, tan sólo de 1990 a 2010 la población de adultos mayores aumentó a un poco más del doble.

En el Censo de Población y Vivienda de 2010 se contabilizó a 112.3 millones de habitantes en el país, con una población de adultos mayores de 10.1 millones (p. 3). Esto representa el 9% de la población total y es de destacarse que desde 1940 la tasa de mortalidad ha ido disminuyendo a la vez que aumentó la esperanza de vida del adulto mayor.

El propio INEGI (2005) señala que la población de adultos mayores en un futuro cercano debe continuar en el mercado de trabajo debido a dos situaciones, 1. sentirse seguros económicamente y 2. apreciarse bien

psicológicamente al estar ocupados en diversas actividades. Esta recomendación también encuentra sustento en algunos estudios preliminares realizados en México.

Por ejemplo, una investigación exploratoria transversal y descriptiva en Colima, en Instituciones dedicadas al cuidado de adultos mayores (Velasco-Rodríguez, R., Godínez-Gómez, R., Mendoza-Pérez, R., Torres-López M., Moreno-Gutiérrez, I., Hilerio-López, A., 2012). Con 149 adultos mayores investigó sus capacidades funcionales, mentales y sociales. La capacidad funcional con dependencia moderada se presentó en un 29.9%, dependencia leve de 28.6% y dependencia total de 12.2% y el 10.9% son independientes. Con respecto a la capacidad mental, el 67% mentalmente eran sólo marginalmente aptos; el 33% eran aptos mentalmente. En cuanto capacidad social, 10.6% de adultos mayores, tuvieron vínculos sociales excelentes, el 22.7% carecían de vínculo social y el 66.71% mostró un nivel de socialización intermedia. También señalaron que encontraron descuido y abandono por parte de las autoridades, en tres de las cuatro instituciones investigadas en Colima.

En sentido institucional, aunque los reglamentos del IMSS y del ISSSTE determinan que entre los 60 y 65 años los adultos mayores se separen de su actividad laboral y se jubilen. Sin embargo el bajo ingreso que perciben por pensiones jubilatorias los obliga a seguir activos; también hay personas que se jubilan por razones de salud o porque simplemente desean dejar de trabajar. En este caso, quizá económicamente cuenten con los medios o tengan las redes familiares y sociales que apoyen esta decisión, pero no hay datos específicos sobre este aspecto en el INEGI (2014). En este mismo censo se mencionan que hay adultos mayores con limitaciones que pueden ser incapacitados para realizar una actividad laboral, ya sea por accidente, enfermedad por edad, mencionando que son adultos mayores que no es conveniente que trabajen. A continuación se presentan estas cifras:

Tabla 6.

Adultos mayores con incapacidad

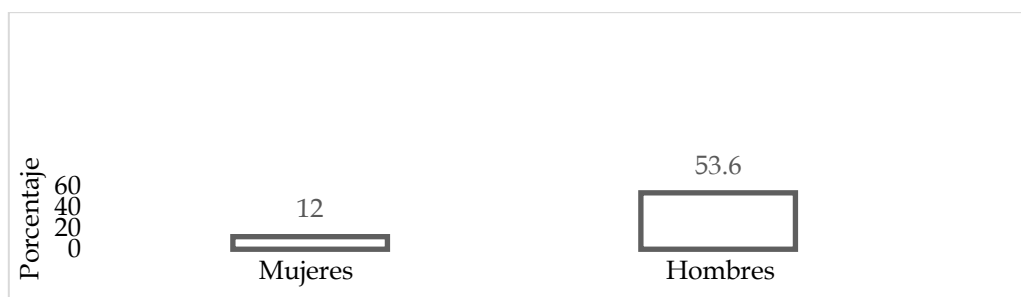
Edad en rangos	Porcentaje que son incapacitados para trabajar
60 a 64	14.6
65 a 84	28.4
85 a más años	58.7

INEGI (2014) Perfil sociodemográfico de los adultos mayores.

En este punto conviene señalar, que en la actualidad los avances de la medicina permiten que un alto porcentaje de adultos mayores de 65 o más años continúen siendo productivos incorporados al área laboral, y a la población económicamente activa.

Gráfica 2.

Población económicamente activa por sexo en adultos mayores

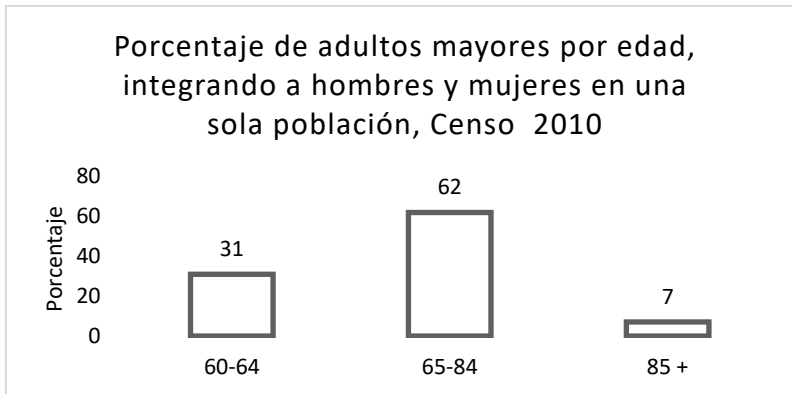


INEGI (2014) Perfil sociodemográfico de los adultos mayores.

Como se puede observar, de la población de adultos mayores el 53% de los hombres son económicamente activos y sólo 12% de las mujeres lo son. Estos datos aparecen con un análisis más pormenorizado al incluir rangos de edad como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 3.

Población económicamente activa en adultos mayores por rango de edad

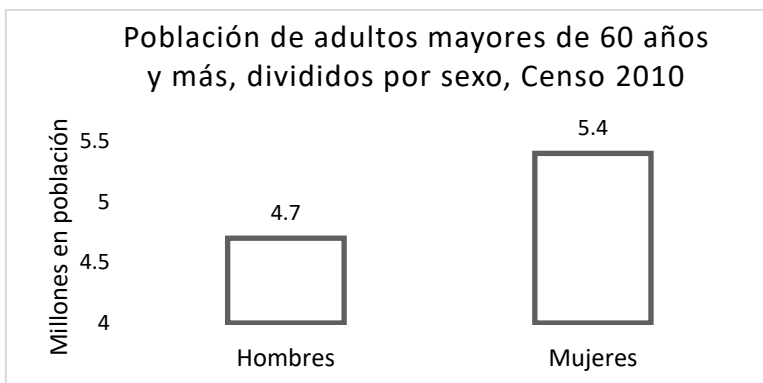


INEGI (2014) Perfil sociodemográfico de los adultos mayores.

Predomina en porcentaje con 62% el rango de edad de 65 a 84 años, hombres y mujeres como población económicamente activa. Pero nótese que este rango contiene 19 años más (de 65 a 84 años), que los otros dos rangos señalados (de 60 a 64 años y más de 85 años). En la población de 85 + años hay adultos mayores que siguen laborando (7%), ya sea por necesidad o porqué tienen la capacidad y competencia para hacerlo.

Gráfica 4.

Población total de adultos mayores por sexo



INEGI (2014) Perfil sociodemográfico de los adultos mayores.

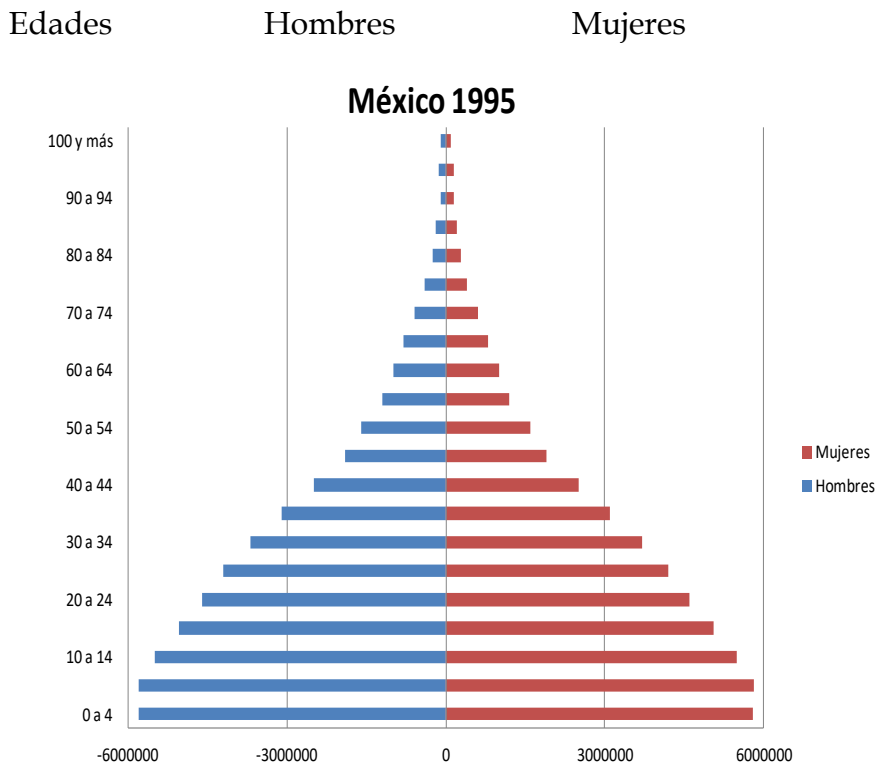
En el censo de 2010, es interesante observar que la población femenina presentó una población de 5.4 millones, en contraste con los hombres (4.7 millones). Además de reiterarse la importancia de la población de adultos mayores se colige la vulnerabilidad económica y social de las mujeres, ya que sólo el 12% es económicamente activa.

Demografía y estadística del adulto mayor

México en 2020 tendrá 121.8 millones de habitantes, el crecimiento demográfico será de 0.8 por ciento anual, la esperanza de vida al nacer estará cerca de los 80 años, la tasa global de fecundidad será de 1.7; las áreas científicas que darán mucho apoyo son y serán, la biología, la genética y la gerontología; se encontrará más longevidad en la mujer de 65 o más años y habrá 85 hombres por 100 mujeres (Valdés, 2000). Este autor subraya que se requiere realizar un análisis de los sistemas de jubilación ya que, como tema central no puede postergarse ya que la población de adultos mayores va en aumento.

Figura 1.

Poblacional 1995.



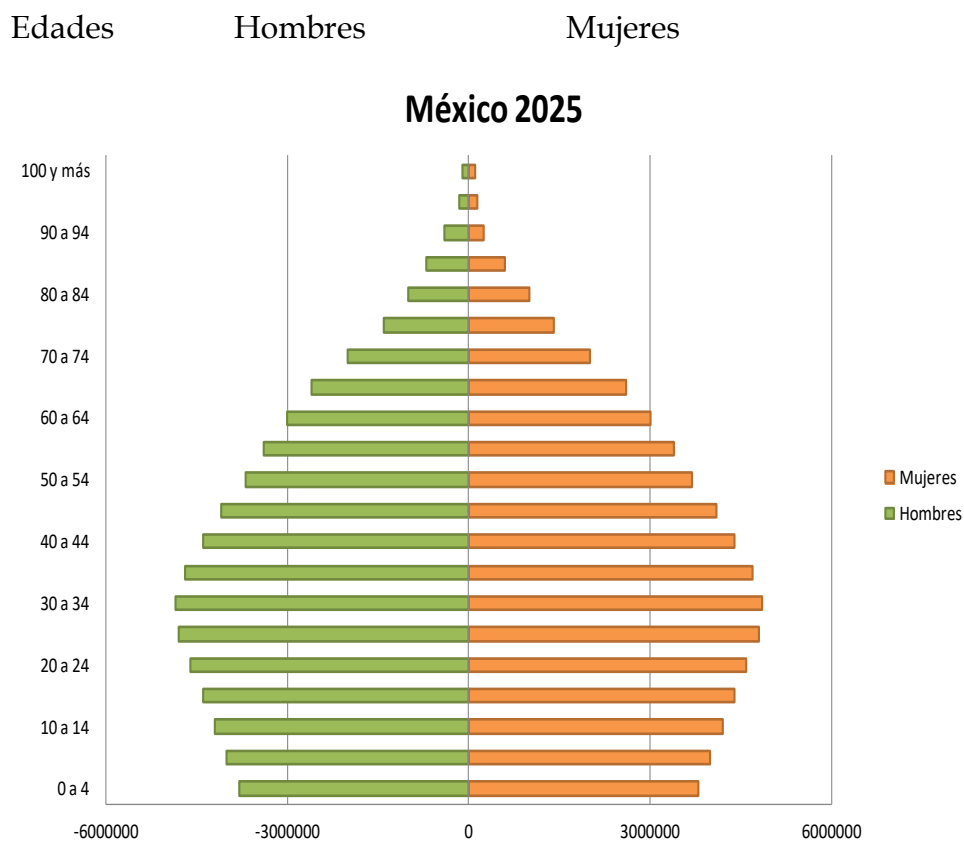
Valdés 2000 (p. 62)

La Fig. 1, muestra que la concentración de la población estaba en los niños, adolescentes y adultos que alcanzan una edad de 30 a 34 años, la población de adultos mayores era pequeña pero en aumento la población de 60 a 74 años. (Cálculo de 1995: Valdés 2000, p. 62).

Proyecciones poblacionales propuestas para 2025 y 2050

Figura 2

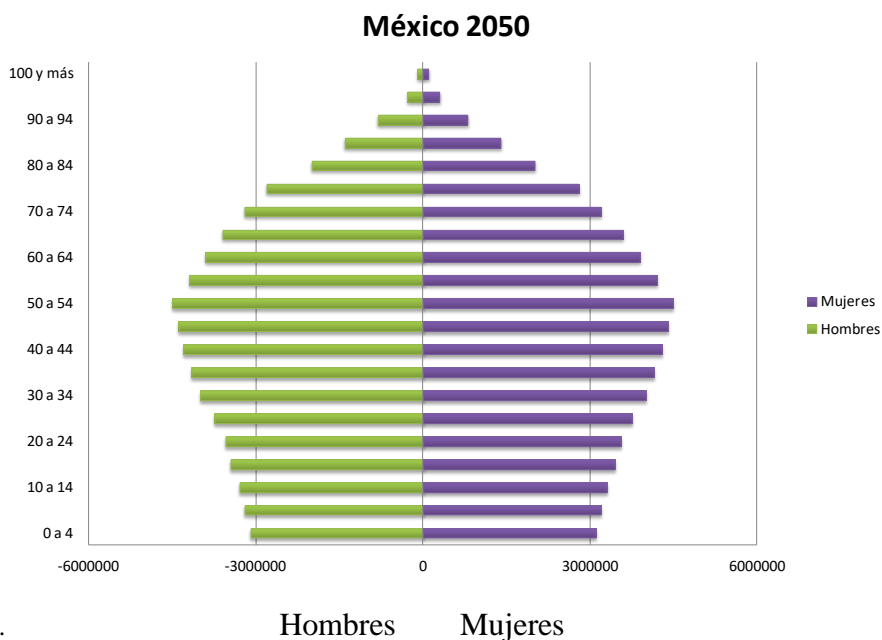
Poblacional para 2025.



Valdés, 2000 (p. 63).

En esta figura se proyecta que para 2025 en México la mayor población ya no va a estar concentrada en los niños y adolescentes, sino en adultos jóvenes de 30 a 34 años y la población de adultos mayores aumentará notoriamente.

Figura 3
 Poblacional para 2050
 Edades



Valdés, 2000 (p. 63)

En 1970 y 1995 la mayor población se centraba en los jóvenes y niños, pero se proyecta, para 2025 y 2050 la mayor población se va a centrar en los adultos mayores y la población joven va a seguir disminuyendo, con los cambios concomitantes en la estructura social. Uno de los retos del tercer milenio es el envejecimiento de la población, resultado de una fecundidad baja, de un aumento en la esperanza de vida, mortalidad infantil baja y mortalidad general en sus límites biológicos (Magnus, 2011; Valdés, 2000). La Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo (1994), se exhortó a los gobiernos a establecer sistemas para asegurar mayor equidad y solidaridad entre las generaciones y evitar formas de violencia y discriminación contra las personas de edad avanzada.

En cuanto al cuidado fuera de casa se ha propuesto (Montes de Oca, 2010) que destinar a las Instituciones de asistencia el cuidado del adulto mayor, lo enfrentan a situaciones de maltrato por evitarle un

problema. Considera la autora que las Instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor, no son una alternativa sana.

Así, la investigación también señala que, independientemente del envejecimiento de la población, también se presenta el descuido por parte de las autoridades de las Instituciones sobre esta población.

En cuanto a las tendencias generalizadas en relación con la salud, la Organización Mundial de la Salud (2001) en relación con el género menciona, “Las mujeres tienen más posibilidades que los hombres de llegar a la vejez, periodo en que las discapacidades y numerosos problemas de salud son más frecuentes. El número de viudas supera de manera espectacular al de viudos en todos los países” (p. 114). Lo anteriormente mencionado influye a que las adultas mayores vivan solas, pobres y aisladas socialmente.

Los cambios demográficos en la sociedad tendrán implicaciones para la población activa, las personas que actualmente siguen trabajando (McConnell y Brue, 2003). El envejecimiento de la población creará problemas a los sistemas de pensiones, al disminuir el número de cotizantes (los trabajadores activos) y el aumentar el número de beneficiarios (los pensionados y jubilados), ya que el porcentaje de este segundo grupo irá en aumento. Las previsiones demográficas hacen temer que se produzca escasez de mano de obra en el futuro, que será previsiblemente cubierta por inmigrantes de países, como del norte de África, América Latina y Europa central, como ocurrió en España a finales del siglo XX.

La importancia del trabajo para el adulto mayor

En el presente estudio exploratorio el ‘trabajo’ podría considerarse tentativamente como variable independiente en el sentido de que el trabajo inyecta vitalidad al ser humano para que se sienta capaz de dirigir su vida y con esto pueda aumentar o preservar la autoestima (Zepeda, 1999). Si se considera al trabajo como estrategia de vida, el campo laboral probablemente resultaría por excelencia un lugar para

construir y desarrollar la autoestima. Se considera que el trabajo es una condición básica y fundamental de la vida humana, lo cual le permite crecer y trascender. El propio autor propone que el trabajo es también uno de los ámbitos en que el hombre se recrea a sí mismo al buscar en él la realización que le permita parecerse cada vez más al tipo de persona que busca y desea ser, en concordancia con la naturaleza y con lo que él mismo considera su razón de su vida o parte de esa razón de vida” (p. ix.); el trabajo permite satisfacer las necesidades que la misma sociedad impone.

También se ha propuesto que “el trabajo es una actividad humana que conlleva cierto grado de energía y es productora de bienes tanto económicos como políticos, sociales y subjetivos” (Martínez, 2002) (p. 52). Además de vivir de su trabajo el individuo siente que a través de su trabajo crea su propia identidad, genera condiciones económicas, sociales y personales en cualquier etapa de su vida. Estas condiciones serían particularmente protectoras bajo circunstancias vulnerables tales como las crisis sociales, económicas y de la salud a las que estarían más expuestos los adultos mayores.

El trabajo y que tiene la posibilidad de dirigir la vida, preservar una autoestima elevada y tener la posibilidad de proyectar estrategias para realizar grandes actividades y dentro de esto se encuentra la realización del trabajo creativo (Zepeda (1999).

El trabajo también satisface necesidades psicológicas, porque ofrece la posibilidad de lograr metas personales, ganar reconocimiento e invertir el tiempo en actividades útiles. En el caso del adulto mayor, el trabajo opera como determinante de su vida y le ofrece la posibilidad de sentirse gratificado (Paz, 2010). Adicionalmente el trabajo permite ir adquiriendo conocimientos sobre el mismo, experiencia, crecimiento personal y una oportunidad de aprender, para enfrentarse a diferentes contextos laborales y sociales.

El trabajo es una actividad humana que lleva energía y es productora de bienes, objetos, tanto económicos, políticos, sociales; el

trabajo en sí puede traer una recompensa y el hombre que trabaja, que vive de su trabajo, considera que también está contribuyendo para generar un bien común y puede expresarse y desarrollarse personalmente (Martínez, 2002). Así, el trabajo le da la oportunidad al hombre de crear su identidad y así diferenciarse de otros al permitir tener una identidad y da la oportunidad de tener salud mental.

La presencia de más adultos mayores en la población obliga a determinar innovaciones necesarias, para una protección laboral, ofrecerle la posibilidad de un empleo y buenas condiciones de trabajo; pero que al mismo tiempo el adulto mayor genere una capacidad de percepción interna, para que el mismo cuando sea necesario, se retire con dignidad del medio laboral. En principio, se requieren programas expresamente incluyentes de esta posibilidad.

En México existen programas como SEDESOL (Secretaría del Desarrollo Social) que apoyan al adulto mayor y el INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores). Este último firmó un convenio laboral con los empresarios de Morelos, en donde se comprometen a ofrecerles trabajo a los adultos mayores en condiciones adecuadas y dignas. El convenio tiene por objetivo garantizar a los adultos mayores el respeto a sus derechos y poner atención a sus necesidades; además de cumplir con los aspectos de salud, educación, trabajo, seguridad social, deporte, esparcimiento y que no se les discrimine en las actividades que se tienen en la vida comunitaria.

El Inapam y la Secretaría del Trabajo en el Estado de México, firmaron también un convenio para la protección en el trabajo y la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores el 19 de octubre de 2017.

Es de destacarse que aún no se cuenta con datos independientes de las autoridades que permitan evaluar la amplitud y el impacto e estos convenios en sentido real en la población de adultos mayores.

La jubilación del adulto mayor.

Pasar de la vida activa a la jubilación genera una serie de cambios en el individuo que inclusive puede llegar a estados depresivos, ya que circular de una vida económicamente segura a situaciones de carestía o también de ser una persona independiente, pasar a depender de los hijos; lo que le genera incertidumbre y posibilidad de una catástrofe a nivel familiar (Covadonga, 2012). El aumento de la esperanza de vida conlleva como consecuencia a una mayor población para ser jubilada.

Hablar de jubilación representa para muchos adultos mayores un conflicto, sobre todo para aquellos a quienes el trabajo les ha dado una identidad, como fue señalado en rubros anteriores; ya que esto le puede causar una serie de trastornos físicos y degenerar en enfermedades.

La persona jubilada se enfrenta a dos grandes pérdidas, el trabajo y el estatus que lleva el mismo trabajo. Al mismo tiempo le abre dos posibilidades que se le ofrecen al adulto mayor, adaptarse a su nuevo papel de jubilado o posiblemente caer en una situación depresiva. Incluso se ha propuesto que la jubilación ha pasado de ser una breve pausa previa a la muerte, a ser toda una fase de la vida (Belsky, 2001) aunque que el adulto mayor puede continuar con significativas actividades de su vida.

En los adultos mayores es común encontrar estados depresivos que, en ocasiones, ellos mismos pueden ir manejando hasta salir de un estado patológico; pero puede suceder que quizás necesiten ayuda psicológica. Sin embargo, pocas veces acuden por su propia iniciativa a ser ayudados y su red familiar pocas veces los apoyan a buscar este tipo de atención (Romero, 2005) y se hace hincapié del descuido y exclusión de los adultos mayores por parte de la familia y el escaso apoyo para cuando el adulto mayor entra en este tipo de crisis depresivas.

La depresión se presenta con mayor frecuencia en adultas mayores, llevándolas al aislamiento (Sotelo-Alonso, et al., 2011). Menciona, “La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como la calidad de vida de las ancianas que la padecen” (p.6).

En la actualidad jubilarse es replantear un nuevo proyecto de vida de parte del adulto mayor, analizando todas sus posibles consecuencias al tomar una decisión, ya que puede generar cambios en su calidad de vida. Algunos adultos mayores pueden encontrar en la jubilación una libertad que buscaban a cambio de la pérdida económica.

La calidad de vida en los adultos mayores

Retomado por numerosos autores, la Organización Mundial de la Salud (2005) define la Calidad de Vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (parr.1). Así, la Calidad de Vida es la concepción que cada adulto mayor tenga en función de su contexto y que influye en su vida social, de salud física y psicológica.

El trabajo y el ambiente laboral forman una diada que se encuentran dentro del contexto de Calidad de Vida y, muy probablemente juegan un papel muy importante en relación con el otorgamiento de calidad de vida en la persona que trabaja. Como se ha señalado, el trabajo otorga una identidad muy personal y esto puede favorecer la Calidad de Vida, en el caso muy especial del tema que aquí ocupa, el adulto mayor.

Se debe considerar que en la actualidad hablar de calidad de vida, no solo importa a cada persona en particular, interesa a todo el sistema social y a un gobierno, ya que al mejorar el nivel de vida de las personas (Calidad de Vida) repercute en las condiciones generales de la sociedad, que pueden ser los elementos de salud física, psicológica y social.

Integrando a varios autores se propone que la calidad de vida del adulto mayor depende de las necesidades personales y de la forma que las ha satisfecho; además que el adulto mayor reordena sus necesidades y busca que se adapten a sus capacidades presentes, donde interviene su posibilidad de independencia y la forma en que ha desarrollado su ciclo de vida (Aponte, 2015).

Lizette Alalú (2016), directora de consultoría de *Great Place to Work* en Perú, señala que la Calidad de Vida en el trabajo “se refiere de manera general a la satisfacción que tienen los trabajadores en relación con la vida laboral. Se hace énfasis en que esa Calidad de Vida Laboral genera en el trabajador motivación y compromiso con lo que logrará un mejor desempeño. La buena calidad de vida laboral repercute e influye en tener una buena calidad de vida personal.

Concepto de calidad de vida e investigaciones en México.

La Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), reconoce la importancia de mejorar las condiciones de vida de los mexicanos; la temática de calidad de vida es nueva y no hay instancias que se dediquen a monitorearla; pero a pesar de ello, tienen aproximadamente dos décadas que la señalan en el contexto social, pero no hay resultados claros. Sedesol ofrece un programa de Pensión para el adulto mayor de 70 años en adelante, en el que recibe un apoyo de 500 pesos cada dos meses, se le imparte información sobre salud y se le orienta para que se integre a

otras instituciones de apoyo como Inapam; además de impartirles a los adultos mayores, actividades productivas y ocupacionales.

Organizaciones como la *Society for Quality of Life Studies*, realiza publicaciones científicas sobre el tema en las revista, Diario oficial de la Sociedad Internacional de Estudios de calidad de vida (www.editorialmanager.com/ariq/); de igual forma la Universidad Erasmo de Rotterdam, en los Países Bajos, quienes han demostrado la preocupación por lo que es la calidad de vida.

Es probable que algunos antecedentes internacionales hayan influido en México para empezar a investigar sobre lo que implica la calidad de vida. Por ejemplo, el Centro de Estudios sobre Calidad de Vida (CeCaVi) de la Universidad de las Américas de Puebla, invitó en noviembre de 2002 a cerca de 20 investigadores a un seminario para compartir enfoques y resultados; y como invitado especial, a Ruut Veenhoven, director del *World Database of Happiness* de los Países Bajos” (p. 12); el objetivo central fue ofrecer aportaciones sobre el significado de Calidad de Vida.

Veenhoven, ha señalado que para mejorar una sociedad se deben abordar los males más evidentes tales la ignorancia, la enfermedad y la pobreza, medidas mediante la alfabetización, el control de enfermedades y la eliminación del hambre. Es importante mencionar que desde los años sesenta se introdujeron nuevos términos como *calidad de vida y bienestar*. La calidad de vida se toma como algo individual y el bienestar como un elemento social; como ejemplo, que las personas tengan trabajo.

La Calidad de Vida como constructo, según diferentes autores.

(Reig y Garduño, 2005) abordan la calidad de vida y el bienestar subjetivo y proponen que cada disciplina ha tenido una óptica diferente

para estudiarlas; y plantean diversas posturas entre las que destacan las siguientes:

- Dorsch (1985) menciona que la calidad de vida es un juicio, una evaluación de las circunstancias de vida definibles como satisfactorias o insatisfactorias.
- Hilman (1999) señala que la calidad de vida son circunstancias susceptibles de mejora, enfoca la percepción del sujeto sobre el lado malo de las cosas que hace falta corregir.
- Dionne y Reig (2002) indican que al enfocarse únicamente en los aciertos puede producir un estado de bienestar superficial e incompleto en la persona.
- Reig y Jauli (2002) señalan que la calidad de vida puede también afectar negativamente los proyectos personales al estimular el conformismo y la mediocridad.
- Dierendonck, Haynes, Borrill, Stride del programa *Leadership Behavior and Subordinate Well-Being Journal of Occupational Health Psychology* (2004) adoptan el enfoque de la psicología positiva y proponen que se puede entender el bienestar subjetivo como una suma de sentimientos producidos en los seres humanos ante el proceso mismo de la vida y que involucra a la persona consigo misma, con el lugar donde vive y con su trabajo.

Es de considerarse que cada individuo tiene sus propias inclinaciones, las cuales generan expectativas y cuando éstas son satisfechas, les genera bienestar, y esto es un elemento clave para la calidad de vida. También se entiende que la calidad de vida es un concepto que involucra aspectos emocionales, intelectuales y culturales, que van más allá de una comodidad material o de la manifestación interna de la persona.

Otros autores señalan:

- Bergner (1989) subraya a la calidad de vida como concepto complejo y abstracto.
- Cella (1994) la presenta como un concepto multidimensional y se relaciona fuertemente con la percepción de bienestar, siendo ésta más individualizada que generalizable, puesto que se puede reaccionar de manera diferente a situaciones idénticas. Se requiere contemplar, que la historia personal determina la respuesta que puede dar la persona, (en este caso el adulto mayor).
- Diener y Suh (1997), hacen hincapié en que lo abstracto de la dimensión y su relación cercana con la percepción de bienestar, ha generado que el estudio de la calidad de vida esté fuertemente relacionado con el estudio en paralelo del concepto conocido como bienestar subjetivo y lo definen como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluyendo una dimensión cognitiva y otra afectiva (emociones negativas y positivas).
- El ya mencionado Dorsch (1985). Propone que, en sentido operacional la calidad de vida puede entenderse como la evaluación de la medida en que las circunstancias de la vida son satisfactorias o susceptibles de mejora; en donde se debe de contemplar la percepción que se tenga de la situación y la evaluación de forma personal para determinar la posibilidad de mejorar.

Estos autores intentan una integración de conceptos como calidad de vida y bienestar subjetivo, los consideran abstractos y difíciles de conceptualizar y generalizar. Sin embargo, existen una serie de esfuerzos por conseguir una definición estándar (en sentido convencional) que satisfaga a los investigadores para construir sus herramientas.

Más específicamente en el caso de los adultos mayores, Ardel (2000) relaciona las cualidades cognitivas, reflexivas y afectivas de la personalidad con una vida satisfactoria, en el contexto de que las personas maduras son capaces de tener satisfacción después de los 40

años. En especial en las mujeres, quienes encuentran que la salud física y la calidad de las relaciones familiares están vinculadas con el bienestar. La calidad de vida se estudia también en un ambiente como el trabajo, se han hecho estudios para detectar y en su caso mejorar las condiciones de calidad de vida de los trabajadores, o al menos para ser cuidadosos con aspectos que deterioran la calidad de vida y el bienestar. Thoits y Hewitt (2001) han documentado que los cambios que se dan en las organizaciones y en su estructura pueden generar estrés en los trabajadores y con esto perjudicar en la realización del trabajo. Respecto a la calidad de vida laboral mencionan que se necesita educar la percepción, humanizar y si es posible, relacionar la productividad a largo plazo con la percepción de bienestar (Garduño, 2005).

Otros modelos de calidad de vida.

El concepto de calidad de vida va más allá de las necesidades básicas y los niveles de bienestar para conjugar elementos como vivienda, vestido, salud y empleo; en donde se une el carácter objetivo y subjetivo que definen estas carencias. Generar satisfacción en la sociedad, depende de la forma como una cultura percibe su medio ambiente, se apropia de sus recursos, los transforma para generar satisfactores y los consume para alimentar su vida y reproducir su cultura. Esto nos señala que el enfoque económico también explica el significado de la calidad de vida. Esta perspectiva es relevante para el presente estudio en cuanto a la fuente de sus datos principales con la comparación de participantes en una casa de día con otras que habían fuera de este escenario.

En este sentido, se abre la posibilidad a conceptos de calidad de vida como los de los paradigmas ambientalistas. Boltvinik (1994) ha señalado que hace falta tomar en cuenta los factores ambientales como el grado de deterioro ambiental relacionado con los procesos de industrialización y urbanización y contaminación todo lo cual deteriora la calidad de vida de los individuos y de la sociedad. Otro factor que también corresponde

con la calidad de vida es el espacio social-urbano, en donde se incluyen variables que están relacionadas con la vivienda y su entorno. Para ello se utilizan indicadores como el tipo de material de construcción de la vivienda, espacio y hacinamiento, accesos a servicios de agua, drenaje y excusado, la utilización de la electricidad y combustible.

En síntesis, que la población disponga de un empleo, de dieta alimentaria equilibrada, vivienda higiénica, agua potable y drenaje, hábitat salubre, educación y opciones de tiempo libre implica que los habitantes estén en mejores condiciones para disfrutar su calidad de vida. Esto señala también que el entorno donde vive la persona determina la posibilidad de desarrollarse en un ámbito de tranquilidad.

Así, la noción de calidad de vida se complementa con el concepto de condiciones de vida entendido como necesidades básicas satisfechas. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 1990, 2009, 2015) creado en 1989 dió señalamientos para erradicar la pobreza y mejorar la calidad de vida de las poblaciones, señala y propone (Véase la Tabla 7).

Tabla 7.

Propuesta de PNUD sobre factores a investigar de calidad de vida

Factores	Especificaciones	
1. ALIMENTACIÓN	* Contenga elementos nutricionales	* Cómo los prepara
	* Cómo los consume	* Cumple con las necesidades calóricas
	* Consume agua	* Consume qué alimentos
2. SALUD Y REPRODUCCIÓN	* Tipos de servicio de salud	* Condiciones de reproducción
	* Higiene en casa	* Higiene personal
3. VIVIENDA	* Espacio adecuado a la familia	* Material con el que está hecha la vivienda
	* Nivel de conservación	* Servicios de agua y drenaje
	* Electricidad	* Mobiliario
	* Permite la privacidad entre los integrantes de la familia	
4. SOCIALIZACIÓN Y	* Ir a la escuela	* Mantienen relaciones sociales
EDUCACIÓN BÁSICA	* Educación a la salud	* Orientación sexual
	* Capacitación para el trabajo	
5. INFORMACIÓN, RECREACIÓN Y CULTURA	* La familia/persona tiene los recursos	* Acceso a las instalaciones
	* Tiempo disponible	
6. VESTIMENTA Y ARREGLO	* Tipo de vestido	* Tipo de calzado
	* El arreglo personal	
7. TRANSPORTE PÚBLICO	* Transporte que utiliza	* Personal (automóvil/caminar)
	* Público (camión, metro, Metro Bus, camión foráneo)	
8. COMUNICACIÓN BÁSICA	* Sabe darse a entender	* Lenguaje rebuscado
	* Lenguaje sencillo y claro	
9. SEGURIDAD	* Seguridad para resolver imprevistos	* Satisfactores básicos
	* Enfermedad, incapacidad, desempleo, vejez, orfandad, viudez, abandono	

Garduño, L. (Compilador) Calidad de vida y bienestar subjetivo p.266

La propia OMS (1981) destaca la carencia de indicadores que permitan medir el estado de salud y de la calidad de vida relacionada con ese estado, para lo cual ha de efectuarse una selección muy completa para que el uso de indicadores sea viable y resulte significativo. La OMS define la salud tomando en cuenta tres elementos básicos que son el bienestar mental, físico y social en un estado de satisfacción. Señala que existe una notable falta de indicadores positivos, físicos, mentales y sociales; y se utilizan, más bien, indicadores de patología social. Ejemplos de indicadores de “malestar” social y mental, son las tasas de suicidio, homicidio, actos de violencia y otros crímenes, accidentes de

tráfico, delincuencia juvenil, abuso de alcohol y de drogas, tabaquismo, consumo de tranquilizantes y obesidad. Si se reflexiona sobre los elementos señalados, también son elementos que influyen y determinan el estado de salud del adulto mayor aunque su inclusión en el presente análisis exploratorio estaría muy distante de su propósito y, de hecho resultaría poco viable.

Enfoques sobre el envejecimiento

Al hablar de lo que es la calidad de vida en el apartado anterior, abre la posibilidad de señalar la importancia que tiene la *Calidad de Vida* del adulto mayor y que esta *Calidad* está determinada por la forma de haber llevado su proceso de vida y de esta parte de su Ciclo Vital que es el *envejecimiento*. A continuación, se señalan diferentes enfoques de explicación sobre teorías del envejecimiento, en donde cada una de ellas ha aportado información sobre quién es el adulto mayor, cómo se ha dado su proceso de desarrollo y cómo cada adulto mayor a partir de sus vivencias, envejecen de forma diferente.

El punto de vista de la Gerontología

Envejecer es considerado cronológicamente a partir de los 65 años según los países en desarrollo y en el caso de los países en proceso de desarrollo lo postulan a partir de los 60 años.

Al hablar del envejecimiento, se plantea el proceso en que cada persona va presentando una serie de cambios que no puede detener y van unidos a la edad. No importa si la persona es sana, activa, no presenta enfermedades; la vejez forzosamente va apareciendo, se van presentando cambios entre la etapa de madurez hasta llegar a la muerte. En la población senil se van dando cambios y operan de diferente forma en función de la edad, pero esto no necesariamente se presenta de la misma forma. Los principales indicadores que delatan la edad, es la piel

en donde se van presentando las arrugas, en cara, manos. Además de los cambios que se dan de manera orgánica y sistémica.

Al hablar de los adultos mayores, es necesario incluir a dos ciencias relativamente jóvenes: la Gerontología y la Geriatria, independientemente del enfoque explicativo que desarrollen (Ballesteros, 2004). La Gerontología surgió antes de 1950 y en el caso de la Geriatria surge como una especialidad de la medicina enfocándose a la parte clínica, preventiva y terapéutica del anciano sano y enfermo.

La Gerontología tiene como objetivo central estudiar el proceso del envejecimiento, que se hermana con varias ciencias como la Psicología y Sociología para explicar cómo envejece el ser humano. Es la Ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos que la caracterizan (Real Academia Española, 2001). Etimológicamente Geronto significa anciano y Logos significa palabra, tratado, discurso razonado y el sufijo ia significa cualidades.

Dentro de la Gerontología, se propone el sub-apartado "Gerontología Social" que trata del concepto de vejez o ancianidad (Moragas, 2004). Plantea en primer lugar la vejez cronológica, definida al cumplir 65 años como la edad usual para dejar de trabajar, pero señala que las personas de la misma edad no tienen las mismas características, como las de salud y el haber cursado por diversas condiciones ambientales, laborales, educativas, deportivas, etc.

En segundo término y, quizá más importante, es la vejez funcional. El propio Moragas la refiere como una incapacidad o limitación del adulto mayor, en donde no puede desarrollar de la misma forma todas sus actividades. Critica que se use el término "viejo" como sinónimo de incapaz o limitado y refleja la antigua asimilación de vejez con limitaciones" (p.23). Es un concepto equivoco, ya que la vejez no es indicadora de incapacidad del adulto mayor, si bien hay adultos mayores limitados funcionalmente, o incapaces para realizar actividades específicas, pueden ser claramente funcionales

intelectualmente, competitivos y, aún en caso de no serlo, siguen desarrollándose en su vida personal.

La Gerontología también ha estudiado problemas como la pobreza, el abandono familiar y la exclusión social, asimilándolos a soledad, aislamiento, pobreza, pérdidas, duelos, jubilación, alimentando una concepción negativa de la ancianidad" (Curcio, 2010, p. 145) que en el contexto del presente estudio implica que la gente mayor ya no participa en el mercado de trabajo.

El punto de vista biológico

Durante la vida del ser humano las células siguen una continua reproducción, pero para que ésta ocurra deben recibir un continuo mensaje para seguir vivas y como dice Ballesteros (2004), si no lo reciben, las células se "suicidan". Esto incluye la información genética que también está determinando acciones del cuerpo humano que llegan a su fin; como sucede en el caso de la piel que se deshidrata y pierde elasticidad lo que genera una des-vascularización generando arrugas, pérdida de grasa, de cabello y su encanecimiento.

Las alteraciones en los órganos de los sentidos, como deterioro de visión, audición, gusto (al alterarse las papilas gustativas), etc. Las pérdidas de los sentidos van generando problemas comunicación social de los adultos mayores. Se presentan cambios en la estructura corporal, en la masa muscular, esquelética; generando cambios en la apariencia del adulto mayor, debilidad en los huesos, tendencia a caer y fracturarse, lentitud en movimientos y dificultad para caminar. Las funciones inmunológicas empiezan a disminuir y aumenta la susceptibilidad del organismo a infecciones oportunistas, trastornos o enfermedades.

Los diferentes aparatos y sistemas se desgastan y propician un mal funcionamiento, como en el caso del corazón, se generan arritmias, crece su tamaño y limita el bombeo de sangre; en el aparato digestivo se puede alterar la digestión limitando al adulto mayor a no comer cierto tipo de alimentos; en el caso del aparato respiratorio puede alterar el nivel de oxigenación de la sangre.

La medicina actual, tratamientos preventivos, actividad, deportes adecuados, dieta adecuada, vida social, ocio, entre otros; generan aumento de 'la esperanza de vida del adulto mayor'.

Es importante señalar que el envejecimiento no es homogéneo en los adultos mayores, todo lo señalado se presenta de diferente forma, en función de un estilo de vida y contexto ambiental y social vivido; además del efecto de conductas específicas como cuando se presenta alcoholismo, drogadicción o tabaquismo. Por tanto, la historia personal del adulto mayor influye en su envejecimiento y muerte y a problemas económicos, legales y médicos" (Moragas 2004 p.52).

Si se relaciona la vida del adulto mayor con el trabajo, se necesita que este adulto mayor cuente con las condiciones biológicas y de salud necesarias para desempeñar las actividades laborales que le corresponden según el tipo de trabajo que desempeñe. Hay adultos mayores con algún padecimiento que siguen realizando una actividad laboral, riesgosa para su condición y empeorar enfermedad. Sin embargo, trabajar en malas condiciones de salud puede deberse a graves necesidades económicas del adulto mayor.

El punto de vista psicosocial

El envejecimiento en el contexto de las sociedades contemporáneas parte de dos variables demográficas importantes, el aumento de la esperanza de vida y el descenso en la natalidad, lo cual se observa en las figuras presentadas en páginas anteriores.

Socialmente la edad juega un papel medular ya que puede determinar derechos y obligaciones en la sociedad. En principio, en el caso del adulto mayor tiene el derecho de recibir respeto y apoyo de las instituciones sociales, comunitarias y familiares que tienen la obligación de ver por él. Sobre todo, cuando el adulto mayor carece de la posibilidad de proporcionarse los recursos necesarios de subsistencia, debido a que ya no trabaja, y si lo hace el sueldo puede ser insuficiente para cubrir necesidades primarias como el alimento y la salud.

Los derechos del adulto mayor (Gaceta oficial)

En la siguiente sección se reseñan los principales preceptos normativos aplicables a los adultos mayores y por ende a su calidad de vida incluyendo su relación con el trabajo. Para efectos del presente estudio, se supone que su vigencia y cumplimiento práctico ya habría permeado hasta la vida cotidiana incluyendo el funcionamiento de las casas de día para los adultos mayores, lo cual se constata en lo general en las participantes "institucionalizadas" aunque el propósito del estudio no incluye concretamente su análisis pormenorizado.

Se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de marzo del año 2000, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal; en donde se estipula que los adultos mayores cuentan con derechos en la Ciudad de México que, en principio deberían cumplir y hacer cumplir todos sus habitantes.

Dentro de los derechos que señala la Gaceta Oficial destacan:

- Vida de calidad, que debe de proporcionar la familia y las diferentes Instituciones Federales.
- No discriminación, todo adulto mayor tiene igualdad de derechos y obligaciones.

- Vida libre de violencia, donde se enfocan a la atención del maltrato físico, económico, psicológico o sexual. Para esto se estableció las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF).
- Ser respetado en su persona, por parte de su familia y la sociedad; físicamente, forma de pensar, en sus emociones, derecho en disfrutar su sexualidad.
- Ser protegido contra toda forma de explotación, no lo pueden obligar a trabajar sin una justa remuneración y sin su pleno consentimiento. La familia no puede obligarlo a realizar trabajos o actividades que estén fuera de la ley y que comprometan su salud y bienestar personal.
- Debe ser protegido por su familia, la sociedad y las instituciones. El Gobierno del Distrito Federal tiene Instituciones, programas y servicios para protegerle de manera integral, entre ellos está el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal, el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, Inapam, Las Unidades de Atención a la Violencia familiar.
- Gozar de oportunidades para mejorar progresivamente las capacidades que les faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad y respetando en todo momento su heterogeneidad.
- Vivir en lugares seguros y dignos que cumplan con sus necesidades y requerimientos, en donde se ejerza libremente sus derechos.
- Vivir dentro de una familia, el adulto mayor es un miembro de ella, por lo cual tiene derecho a vivir o a mantener relaciones personales y contacto con ella aún en el caso de estar separados de la familia. Si la familia lo expulsa del hogar, puede recurrir al Sistema para el desarrollo integral.
- Tener libertad para expresar sus ideas, ya sea de viva voz o por escrito, sin más limitación que las que afecten los derechos de otras personas. Ninguna autoridad le puede prohibir o castigar por

manifestar sus ideas, su modo de pensar, sus reclamos, etc., si están dentro de la Ley.

- Recibir por parte de las policías, ministerio público, jueces, un trato digno y apropiado, en toda situación en que se encuentre involucrado, tanto como víctima como por haber cometido algún delito.
- Recibir el apoyo de órganos locales de Gobierno en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos a través de las instituciones creadas para tal efecto como son el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal, el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, las Procuradurías competentes y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.
- Contar con un representante legal y con asesoría jurídica gratuita, para la solución de los problemas o asuntos legales, tales como testamento, títulos de propiedad, pensiones, etc. Poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar. La Consejería Jurídica y de Servicios Legales y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal son organismos que proporcionan asesoría para la solución de problemas jurídicos familiares.
- Tener acceso a los bienes y servicios que le provean de una atención integral: alimentación, salud, vivienda, recreación, medio ambiente saludable, educación, etc. El Gobierno del Distrito Federal proporciona Pensión Alimentaria a los Adultos Mayores de 70 años, Servicios médicos y medicamentos gratuitos, crédito para vivienda, descuentos en el impuesto predial y agua, pasaje gratuito en autobuses RTP, STC Metro, Trolebús y Tren Ligero.
- Tener acceso a los servicios de salud, con el objeto de que gocen cabalmente de bienestar físico, mental, psicoemocional y sexual; para obtener mejoramiento en su calidad de vida y la prolongación de ésta.
- Recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como todo aquello que favorezca su cuidado personal.

- Poder asociarse y reunirse; el adulto mayor puede asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objetivo lícito.
- Recibir información, debe recibir y exigir información completa, clara y oportuna sobre los servicios o asuntos que atienden las diversas Instituciones, Organismos y Programas relacionados con su atención integral.
- Recibir educación, tiene la posibilidad y el derecho de completar o terminar sus estudios inconclusos o hacer sus estudios de primaria, secundaria, bachillerato, técnicos, e incluso profesionales, sin más limitaciones que su capacidad e interés.
- Tiene derecho a la recreación, admirar y practicar de acuerdo con sus intereses, gustos, aptitudes o preferencias, las diversas expresiones artísticas y culturales como la pintura, la escultura, la música, la danza, el teatro; así como asistir a festivales, presenciar competencias deportivas, leer, admirar el arte popular, hacer turismo, conocer su ciudad, etc. En la Ciudad de México existen conciertos, museos y espectáculos, o eventos deportivos que son gratuitos o hacen un descuento especial en el costo de entrada a los adultos mayores.
- **Trabajo**, significa que debe gozar de oportunidades iguales que otras personas, acceder a un trabajo justamente remunerado y con todas las prestaciones de Ley. Asimismo, debe tener la posibilidad concreta de trabajar por su cuenta y recibir capacitación para mejorar sus actividades. El Gobierno del Distrito Federal cuenta con Bolsa de Trabajo, Programa de Microcréditos y de capacitación para el trabajo.
- Asistencia social, en caso de carecer en donde vivir, de alimentos, de ropa, de atención a sus problemas de salud, el adulto mayor tiene el derecho a que se le atienda. Para lo anterior, el Gobierno del Distrito Federal pone a su disposición al Instituto de Asistencia e Integración Social, el cual tiene diversas instalaciones y programas.

Ley de los derechos de los adultos mayores 2002

El Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, decreta la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores con fecha 25 de junio de 2002, quedando jurídicamente en nivel Constitucional.

Pero a pesar de que existen leyes que lo protegen, dentro de los comportamientos del adulto mayor, pueden presentar retraimiento social, al ver que sus acciones ya no son las mismas, se aísla, sobre todo cuando siente que es rechazado debido a que no puede interactuar con ellos de la misma forma como lo hacía antes.

Ante esto puede optar por, entre otras, dos acciones, una consiste en tratar de adaptarse socialmente y/o compensar sus deficiencias con nuevos comportamientos que le permitan lograr una nueva integración social. El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización (Ruiz y Hernández, 2009). Se ha sugerido que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad o el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que parecieran neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores (Flores, 2000 p. 147). El autor menciona que el adulto mayor puede tenerle tiene miedo a la familia, desatención de quien lo cuida, puede sentir vergüenza por considerarse una carga e incluso padecer algún proceso demencial o alguna discapacidad que lo hace más vulnerable, propenso a síntomas de depresión y facilitar, a su vez, el abandono social y familiar.

Una Encuesta sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México "*ESEDEM*", (Montoya y Montes de Oca, 2011) presenta elementos que podrían propiciar el aislamiento, depresión y abandono del adulto mayor (véase la siguiente tabla).

Tabla 8.

Encuesta sobre envejecimiento demográfico en el Edo. de México

Tipos de Malos tratos	Frecuencia	Hombres %	Mujeres %	Total %
Le han dejado solo por largos periodos	69469	38.72	61.28	100
Le han insultado	63112	46.88	53.12	100
Le han dejado de dar dinero que requiere para sostenerse	41797	33.72	66.28	100
Le han amenazado con hacerle daño físico	38364	52.43	47.57	100
Le han presionado para que deje usted de ser propietario de su casa o de alguna otra propiedad	34943	58.84	41.16	100
Le han dejado de dar alimentos o los medicamentos que necesita	27488	42.80	57.20	100
Le han empujado o le han jalado del cabello	20451	43.74	56.26	100
Alguien le ha manejado o maneja su dinero o bienes sin su consentimiento	13239	50.24	49.76	100
Le han exigido tener relaciones sexuales, aunque usted no quiera	7682	24.11	75.89	100
Le han amenazado con llevarlo a un asilo o casa para personas de edad	7564	18.85	81.15	100
TOTAL	324,111			

ESEDEM 2011, Edo. de México.

La población total de adultos mayores encuestados fue de 324,111 en donde se encontró que la población más vulnerable por género fueron las mujeres con la mayor cantidad de maltratos en situaciones como, dejarlas solas por largos periodos, quitándoles el dinero necesario para su sostenimiento, exigiéndoles tener relaciones sexuales y con amenazas de llevarlas a un asilo.

A los adultos mayores que son sometidos a diferentes tipos de maltratos, los van orillando a cambiar de estilo de vida, e inclusive irse fuera de la familia y quedarse en el abandono (Fuentes-Reyes y Flores-Castillo, 2016). La propia OMS en su informe mundial Sobre Envejecimiento y Salud (2015), señala que, al aumentar la esperanza de

vida en el adulto mayor, provoca una serie de cambios en su vida, en su familia y en la sociedad en general.

Algunos adultos mayores emprenden nuevas actividades, nuevos retos, como el realizar nuevos estudios o continuar con estudios inconclusos, retomar antiguas aficiones, dedicarse a realizar diversas actividades para su comunidad. Un factor determinante que favorece al adulto mayor para realizar múltiples actividades es el tener buena salud. El haber abandonado el mercado laboral, en un primer momento pudo ser reconfortante, pero conforme pasa el tiempo suele notar que ha resultado negativo para su estilo de vida sobre todo cuando su familia le remarca las múltiples deficiencias que ahora tiene.

Aquí se presenta un contraste en relación con el papel de género, debido a que, en el caso de la mujer adulta mayor, dejó el trabajo, pero en su casa quizás se incorpora a realizar otro tipo de actividades como el cuidado de los nietos, y esto le permita reeditar nuevamente el papel de maternaje, sentirse útil y aceptada por su núcleo familiar y compensa con esta actividad, lo laboral y remunerado; es decir, el abandono del mercado de trabajo que pertenece a otra etapa de su vida; complementando y reiterando la investigación de Wahrendorf (2015), la más alta calidad de vida se puede presentar en mujeres con historias mixtas de trabajo (doméstico y laboral).

La jubilación es otra parte del proceso de vida del adulto mayor, deja de trabajar y por consiguiente reduce drásticamente o deja de recibir ingresos aunque recibe una parte compensatoria. Recibir una jubilación es '*un derecho*' que tiene el adulto mayor, pero que muchas veces no cubre las necesidades de este, lo cual lo lleva a seguir trabajando y conseguir de manera informal mayores recursos económicos para seguir viviendo, en muchos casos en contra de su propia salud, ya que se puede encontrar enfermo y sin la fuerza necesaria para seguir en la vida laboral.

La Secretaría de Desarrollo Social (2015), señala que el adulto mayor de 65 años puede recibir un apoyo si no recibe ingresos superiores a \$1,092.00 por concepto de pago de pensión que otorgue el IMSS o el ISSSTE; se le otorga apoyo económico de \$1,160.00 cada dos meses y se le ofrece orientación sobre la salud y rehabilitación en las Casas de Día para el adulto mayor. Por su parte la Secretaría de Finanzas (2017), les otorga reducción por concepto de pago de agua, a jubilados, pensionados, o por cesantía por edad avanzada o por incapacidad.

La pensión del IMSS (2017), es una prestación en dinero que se paga en forma mensual y de forma vitalicia hasta la muerte. El adulto mayor requiere haber reunido al menos 9 años 7 meses cotizando ante el IMSS, tener como mínimo 60 años cumplidos y quedar privado de trabajo remunerado y vigente en derechos de pensión. El cálculo se hace bajo el sueldo mensual promedio de 5 años. Se solicita la pensión de Cesantía en Edad Avanzada a partir de los 60 años cumplidos y con 65 años cumplidos se solicita la pensión por vejez con \$500. o \$1,250 en función de la Ley del Seguro Social. La pensión puede darse directamente a través del IMSS o a través de las "AFORES" como una cuenta individual, en la cual el pensionado disfrutará de lo acumulado por él o ella directamente, es decir lo que ahorró.

En el caso del ISSSTE, aquellas personas correspondientes al "Décimo Transitorio", se hace un cálculo para el monto de la pensión tomando el sueldo básico del último año laborado. En el caso de la Jubilación el hombre debe de reunir 30 años cotizados y en el caso de las mujeres 28, en cuyo caso el monto de la pensión será del 100% (issste.gob.mx 2017). Para los trabajadores de 63 años o más que se separan de forma voluntaria o que queden privados de trabajo remunerado y hayan cotizado un mínimo de 10 años al ISSSTE, el monto de la pensión será de un 40% del sueldo y a mayor edad se incrementa la pensión.

En el caso de retiro por edad por tiempo de servicio; el monto de la pensión será equivalente a un porcentaje del sueldo básico del último año laborado y a más edad se incrementa el monto. Si la pensión es por invalidez y el trabajador tiene 15 años de cotización y presenta inhabilitación física o mental por causa ajena a su cargo o empleo, (amparado por edictamen médico); su pensión será de acuerdo con los años cotizados y un porcentaje del sueldo básico del último año laborado. Las prestaciones a los casos descritos son, pensión, aguinaldo 40 días, servicio médico, préstamos personales, reposición por gastos de funeral equivalentes a 120 días de la última cuota.

En el Régimen de la cuenta individual, son los que optaron por un bono a la nueva Ley de 2007. La Pensión depende de los recursos acumulados por el trabajador en su vida laboral. Los recursos son administrados por las AFORES o PENSIONISSSTE.

En el contexto familiar y comunitario se modifican sus relaciones sociales de amigos, quizá éstos empiezan a desaparecer de su entorno o mueren, lo que lleva al adulto mayor a estados depresivos y a un aislamiento que lo lleva a la separación social. Esto es especialmente lesivo cuando las personas generacionales de su vida van muriendo, inclusive su misma pareja. Quizá ahora tenga que llevar de forma diferente su estatus social previamente basado en el reconocimiento social por su trabajo pero al no haberlo lo lleva a buscar una forma de incorporación diferente a sus grupos sociales como han propuesto Ballesteros (2004), Magnus (2011) y Belando (2001).

Enfocar al adulto mayor desde lo *'social,'* incluye verlo pasar por etapas de su vida que pueden hacerlo desarrollar un reconocimiento y percepción personal y llevarlo a *'un aquí y ahora'* diferente, en que quizá busque un nuevo crecimiento con una percepción desigual. La independencia, autonomía, seguridad, pertenencia, competencia y relaciones sociales se consideran las principales necesidades de las

personas mayores (Fernández-García y Ponce-de-León-Romero, 2013) (p.87). El satisfacerlas permite apoyar una postura activa y de independencia que favorece su autoestima y su salud, logrando un reconocimiento social.

Marco Teórico.

Teoría del envejecimiento activo, envejecimiento positivo.

Inicialmente la OMS fue acuñando una serie de términos, en los años 1990 se hacía énfasis en el envejecimiento *saludable*, unido a su definición de salud remarcando lo físico, mental y social; pero después como se mencionará más adelante se acercó más al concepto de *activo*, que lo permeó ya en este siglo XXI.

Es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud (2001 y 2002), está preocupada y ocupada por apoyar al adulto mayor para que siga siendo independiente y activo en su proceso de envejecimiento y calidad de vida. En varias conferencias se señala que “los profesionales sanitarios deben de tomar la iniciativa si hemos de alcanzar el objetivo de que *las personas mayores sanas sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías*, como se indicó en la Declaración de Brasilia de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento y Salud en 1996” (p. 95).

El envejecimiento en este siglo XXI es sumamente importante a nivel mundial, señalando dos vertientes importantes, lo económico y lo social, de manera que puedan aprovecharse todos los recursos que puede ofrecer un adulto mayor. Esto apoyado por lo que remarca la OMS y señala a los diferentes gobiernos las necesidades de desarrollar políticas públicas y programas de envejecimiento activo. La OMS (2002) menciona que en todo el mundo se encuentra que la gente mayor sigue siendo un elemento afectivo vital para la familia y su comunidad;

además de que puede formar parte de la población económicamente activa en trabajo formal e informal.

Un envejecimiento activo, ayuda a que los adultos mayores se mantengan vinculados con sus familias y comunidades, trabajen en función de sus capacidades y prevenir o postergar el desarrollo de enfermedades, lo que puede favorecer a las Instituciones de Salud, a los adultos mayores y a las mismas familias. Una buena vida para el adulto mayor, mejora su calidad de vida, lo que a su vez mejora su salud física y psicológica, su autonomía e independencia. Para la OMS el envejecimiento activo es el "proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (p. 79).

Ser '*activo*' involucra estar presente en las actividades sociales, en lo económico, que participe laboralmente en función de su posibilidad e involucrarlo en actividades de ocio, que lo lleven a un disfrute con su grupo social. Esto también implica que a los adultos mayores con alguna discapacidad se les incluya y participen en el entorno familiar. Un envejecimiento activo lleva al adulto mayor a una vida productiva, a una buena calidad de vida, menos enfermedades y a realizar actividades de diversión.

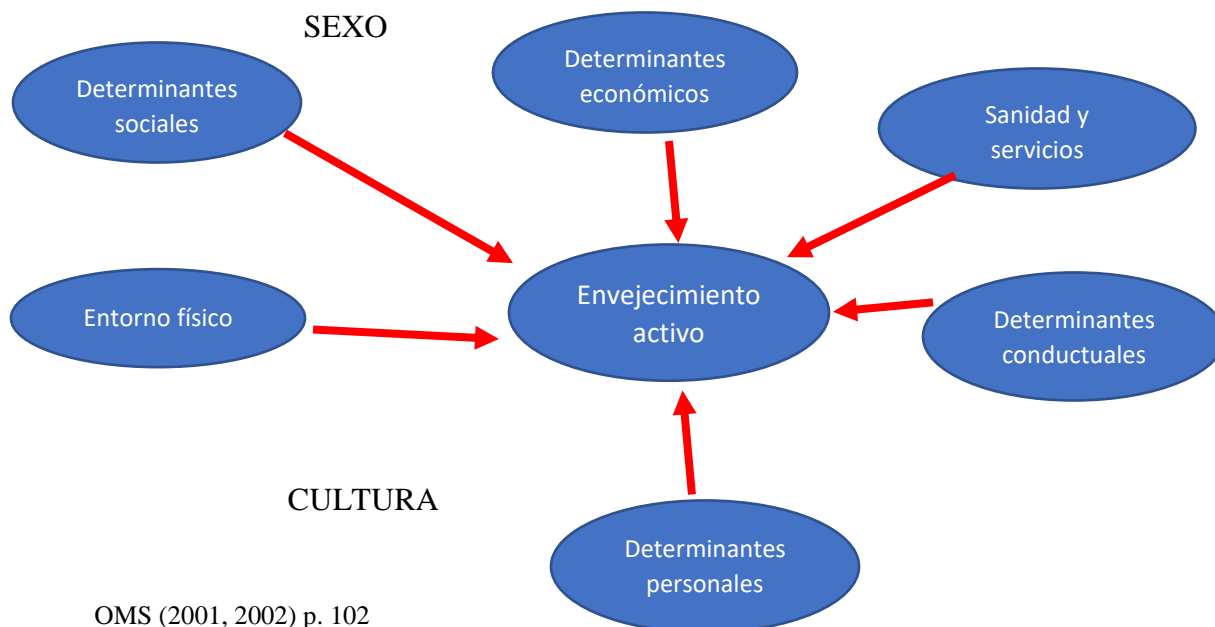
El enfoque del envejecimiento activo resalta como la cultura es un elemento fundamental de cómo se percibe la vejez que incluye las costumbres, tradiciones y valores de los diferentes lugares. En este contexto hay que cuidar no colocar en un lugar inferior a la mujer. Incluso se le otorga el papel de cuidadora de otro adulto mayor teniendo que dejar en ocasiones un trabajo remunerado o enfrentarse a una jornada doble.

El enfoque activo, resalta la importancia de la acción física para evitar riesgos de enfermedades y discapacidades, así como alimentación sana y evitar adicciones al alcohol y tabaco. La OMS (2001, 2002) presenta el esquema siguiente con determinantes de un Envejecimiento

Activo, donde cada parte resulta indispensable para que el ciclo de vida del adulto mayor se realice de forma 'positiva'.

Figura 5.

Envejecimiento activo y elementos que lo determinan



OMS (2001, 2002) p. 102

Esta figura ejemplifica cómo elementos sociales, el entorno físico, lo económico, servicios, conductas y caracteres personales influyen en la vida del adulto mayor. En función de cómo se presenten tomando como base el género y la cultura, van a influir en el envejecimiento activo o patológico.

La cultura es un elemento fundamental, sus valores, costumbres, tradiciones etc. influyen en el trato que se le da al adulto mayor y determina un estilo de envejecimiento. En México hay subculturas y cada una puede ofrecer diferente forma en el estilo de trato que se tiene hacia el adulto mayor.

En el caso del género, es de considerarse que hay un trato diferente para el hombre y la mujer. Normalmente a la mujer se le da un papel de cuidadora, que le adjudica responsabilidades diferentes a las que se le

da al hombre, aunque al hombre se le asigna el papel de proveedor. Con frecuencia la mujer tiene una doble jornada incluyendo la de ser también proveedora. Puede tener que dejar el trabajo para cuidar a la pareja, los hijos, o los nietos. Así el papel del género es medular para darle la dirección a la vida del adulto y del adulto mayor.

La sociedad y los servicios sociales

Según la propia Organización Mundial de la Salud los esfuerzos requieren dirigirse a promover la salud y actuar de manera preventiva sobre las enfermedades mediante las siguientes acciones.

- Facilitar los servicios de atención y no actuar de forma discriminatoria con los diferentes tipos de población y tratar con respeto y responsabilidad.
- Actuar sobre todo de forma preventiva para que las enfermedades se detengan de forma estratégica y evitar gastos económicos mayores. Los adultos mayores deben de tener acceso a los servicios de atención y que se le dirija al nivel de salud necesario.
- La OMS (2002) propone cambios necesarios en los estilos de atención para que favorezcan a los adultos mayores. Señala que debe de haber unión entre el gobierno, empresas farmacéuticas, médicos, curanderos, para lograr el abasto necesario en medicamentos para ofrecer un buen servicio.
- Dentro de este mismo determinante, se encuentra la atención mental que se le debe ofrecer al adulto mayor, sobre todo por lo vulnerable que está a la depresión y la tendencia al suicidio.

Conductuales.

Aquí se sugiere que el adulto mayor necesita adquirir un estilo de vida saludable, tener autocuidado, realizar actividades físicas de acuerdo con

la edad, no fumar, no beber alcohol y adquirir comportamientos que favorezcan una buena calidad de vida.

- En el caso del tabaco, fumar, reduce la capacidad pulmonar, favorece la adquisición del cáncer, provoca reducción ósea, reduce la fuerza muscular y genera accidentes vasculares, entre otras alteraciones. De la misma forma le afecta al adulto mayor, el estar expuesto al humo del tabaco de otros.
- Con la ingesta del alcohol, el adulto mayor suele propiciar mala nutrición, enfermedades gástricas, hepáticas y de páncreas. Al consumir alcohol, el adulto mayor se expone a tener caídas y consumirlo con medicamentos, puede ser muy peligroso.
- En el caso de la actividad física, el adulto mayor debe realizar ejercicios propios a su condición de salud para prevenir y controlar enfermedades cardiovasculares, mejorar su funcionamiento corporal, lo que a su vez le va a permitir tener más vida social al unirse a grupos que realicen diferentes actividades.
- En la alimentación se requiere buscar que sea baja en carbohidratos y grasas. Sin embargo se debe tener presente, que puede ser que el adulto mayor no tenga el dinero suficiente y/o las condiciones físicas para hacerse llegar la alimentación correcta y con esto perjudicar su salud al no tener los nutrientes suficientes y necesarios.
- El no tener cuidado con la salud bucal, le puede generar caries y enfermedades bucales como el cáncer.
- El adulto mayor debe tener cuidado con la ingesta de medicamentos, ya que en esta etapa de la vida puede llegar a consumir muchos medicamentos y en lugar de favorecerlo, puede ocasionarle trastornos. Muchos adultos mayores, dejan de cumplir el tratamiento médico, lo cual los puede perjudicar al dejarlo inconcluso.

Individuales.

Cada persona tiene su propia biología y genética que influyen en la forma de llevar el proceso individual de envejecimiento..

- Los genes influyen en la forma de responder a una enfermedad, pero también se debe tener presente que el adulto mayor ha estado más tiempo expuesto a determinantes ambientales que pudieron ser tóxicas.
- En la forma de llevar la vejez se conjuga la genética, las condiciones del medio ambiente, estilo de vida, alimentación y la red de apoyo social de familia y amigos.
- Dentro de este mismo punto está la capacidad para resolver problemas, para adaptarse a cambios y pérdidas. La presencia de síntomas depresivos, el deterioro cognitivo, la baja motivación, la soledad y el aislamiento van a deteriorar la autoeficacia.

Del entorno físico.

Puede llegar a establecer diferencias, entre estar en un medio permisivo que ofrezca seguridad e independencia, en contra de otro que limite las acciones del adulto mayor.

- El vivir en un medio contaminado, en el que no existan condiciones adecuadas, centros de atención médica, estar aislado de amigos y familiares; generan grandes limitaciones en el adulto mayor. El no tener el transporte adecuado, seguro y en precio que le den movilidad.
- La seguridad en la vivienda es un elemento fundamental, ya que le debe permitir moverse con libertad, no propiciar accidentes de caídas o ser susceptible de provocar un incendio por instalaciones inadecuadas o caducas.
- El tener que vivir con la familia, en algún albergue para adultos mayores o vivir solo, puede confrontar al adulto mayor a que en

sus últimos años tenga que vivir en condiciones no elegidas por él especialmente si presenta una discapacidad.

- El adulto mayor se puede enfrentar a riesgos al tener que transitar por pisos inadecuados, resbalosos, falta de barandillas y de iluminación.
- El adulto mayor debe tener a su acceso agua limpia, una alimentación que le proporcione la nutrición suficiente, adecuada y condiciones ambientales lo menos contaminadas.

Del entorno social.

El adulto mayor requiere estar y sentirse seguro y protegido en esta parte de su vida cuando busca estar cobijado por gente querida.

- “El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejora la salud, la participación y la seguridad a medida que la persona envejece” (OMS 2001, p. 87).
- Hay situaciones que perjudican al adulto mayor, como la soledad, el aislamiento, la falta de educación y el abuso de la gente; esto aumenta el riesgo de caer en una discapacidad y en la muerte, quizás de forma prematura. Los adultos mayores frágiles y que viven solos, están más expuestos a ser abusados o robados, ya sea por una persona desconocida o por su propia familia y muy pocas veces esto es denunciado. Violando con esto sus derechos humanos.

Económicos.

Tener seguridad económica, es un elemento fundamental para el adulto mayor, por lo que en este rubro lo fundamental es el trabajo, los ingresos y la protección social.

- El ingreso es un elemento fundamental para el adulto mayor, ya que esto le da oportunidad para tener vivienda digna, alimentación adecuada y atención a su salud; la falta de ingresos puede llevarle a la indigencia.
- La protección social es un elemento fundamental para el adulto mayor, sobre todo si la familia ya no lo cuida, lo abandona y no le dan los recursos necesarios de subsistencia.
- Muchas veces el programa de apoyo para el adulto mayor es precario, insuficiente y los lugares de albergue inadecuados; aunque existen casas para el adulto mayor que le ofrecen comodidades, pero a alto costo.
- Con relación al trabajo se señala, “En todo el mundo cada vez es mayor el reconocimiento de la necesidad de apoyar la contribución activa y productiva que las personas mayores puedan aportar y de hecho aportan tanto en el trabajo formal como informal, en la realización de actividades domésticas sin remunerar y en empleos voluntarios” (OMS 2001 p. 89).
- El hecho de que el adulto mayor trabaje como voluntario en diferentes lugares, le permite seguir activo desarrollando sus potencialidades físicas y cognitivas, lo cual lo lleva al envejecimiento activo; pero no se debe de olvidar que hay adultos mayores que tienen necesidades económicas que cubrir y lo voluntario, no los favorece.

Un envejecimiento activo y positivo, propicia que la sociedad busque de igualdad de género y que el mercado laboral los trate igual, que se les ofrezca educación y ayuda en la construcción de un pensamiento positivo, fomentar acciones activas que les de esparcimiento, el ser autónomo e independiente y llevarlo a que integre su capacidad de adaptación. Es fundamental que las sociedades actuales, favorezcan a los adultos mayores sin importar el género y crear programas de educación, salud y generar apoyo en su vida. Se requiere propiciar que

el adulto mayor se incorpore nuevamente en el campo de trabajo, se sienta autónomo, independiente e integrado socialmente en comunidad.

Parece haber avance en algunos ámbitos. En la ciudad de México, la Universidad de los Adultos Mayores (2013) los prepara en diversas actividades, ya sea de ocio o de preparación para el trabajo. Se realizan actividades que ayudan al adulto mayor a desarrollar o incrementar sus habilidades físicas, emocionales, intelectuales. Se imparten materias de administración, idiomas, autoestima, sexualidad, nutrición, talleres de arte, danza, etc. Se menciona que en 2016 se tenían inscrito a 5,505 adultos mayores y señalan que son más mujeres las que acuden, pero no hay un dato preciso.

Fundamentación del estudio

¿Porqué resulta importante realizar estudios como el presente en las circunstancias descritas? A continuación se sintetizan sólo algunas de las razones más directamente atingentes:

- 1.- Las curvas poblacionales señalan el rápido crecimiento de la población de adultos mayores.
- 2.- En 1930 la población de adultos mayores era de 900,000 habitantes y en 2010 superó los 10 millones
- 3.- Lo anterior lleva a replantear el papel del adulto mayor en los diferentes campos de interacción como el de salud y el de trabajo.
- 4.- El hecho de que el adulto mayor tenga más esperanza de vida lleva a la búsqueda de factores que propicien una mejor calidad de vida

5.- Explorar la posibilidad de que un estudio como el planteado sea congruente con las principales teorías del envejecimiento en sentido psicológico con elementos como es el de tener independencia, autonomía y de pertenecer a la población económicamente activa.

6.- Contribuir al ajuste gradual de la percepción social que se tiene del adulto mayor y de su trabajo en el contexto de cambios ineludibles en la sociedad y en las organizaciones, lo cual requiere conocimiento para facilitar una necesaria preparación para el cambio.

En relación con lo anterior, el conocimiento de los factores asociados al bienestar del adulto mayor en relación con el trabajo podría servir para la búsqueda de convenios con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), contacto o participación de la Universidad de la Tercera Edad, a fin de orientar la capacitación de los adultos mayores.

Ballesteros (2004) ha señalado que, aunque los procesos cognitivos muestran algún deterioro a través de los años hay adultos mayores que lo siguen conservando. Los niveles de pensamiento, análisis, memoria, nuevos aprendizajes, lenguaje, juicio, relaciones sociales, estado emocional, coordinación motora, etc. son capacidades fundamentales y necesarias en el desempeño de actividades laborales. Por lo tanto, explorar las condiciones que facilitan la permanencia funcional de estas habilidades se convierte en un objetivo válido para las ciencias sociales y económico-administrativas.

Propuesta general sobre el estudio.

A continuación, se describen los elementos estructurales de la presente investigación y se pormenoriza su desarrollo.

Planteamiento del problema

Se busca explorar la importancia que tiene o ha tenido el haber trabajado en mujeres Adultas Mayores, mediante la asociación con su Calidad de Vida percibida y sus niveles actividad social habitantes de San Andrés Ahuayucan, integrantes o no de una Casa de Día.

Se ha explorado a través de algunos estudios empíricos cómo el trabajo parece jugar un papel importante en la realización de vida de la adulta mayor, cómo aquél le da identidad y un sentido de utilidad personal.

La presente pregunta se ubica en el contexto de un crecimiento notable de la población de adultos mayores y un decremento proporcional en la de jóvenes. Se propone como importante explorar la relación entre el trabajo como experiencia actual o pasada y niveles de bienestar y calidad de vida.

Preguntas de investigación

➤ Pregunta principal:

¿Cómo se asocia el trabajo de las adultas mayores en su calidad de vida?

➤ Preguntas secundarias:

¿Cómo se asocia la actividad laboral de la adulta mayor con su actual salud, independencia y autonomía?

¿Se aprecia alguna diferencia en las variables mencionadas entre mujeres participantes en una casa de día y las que no?

Hipótesis de investigación

➤ Hipótesis principal:

Las adultas mayores que trabajan tienen mejor calidad de vida

➤ Hipótesis secundarias:

Las adultas mayores que continúan trabajando se perciben más sanas, independientes, autónomas y se sienten más útiles y productivas.

Objetivos

➤ Objetivo principal:

Explorar la asociación del trabajo en la calidad de vida de las adultas mayores.

➤ Objetivo secundario:

Explorar las razones por las que las adultas mayores que trabajan y se mantienen activas tienden, en su caso, a enfermar menos, a ser más autónomas e independientes que las que no trabajan.

Metodología

Diseño

La investigación se llevó a cabo a través de un estudio exploratorio, transversal con componentes cualitativos y cuantitativos y con participantes adultas mayores evaluadas en una sola ocasión por variable, de forma individual, a través de una serie de instrumentos (los instrumentos y cuestionarios se pueden consultar en los Apéndice I al VI, al final de la presente tesis).

Escenario

El estudio se realizó la investigación fue en una Casa de Día para Adultos Mayores, en el pueblo San Andrés Ahuayucan, Delegación Xochimilco establecido por la Delegación correspondiente. Las participantes suelen ocupar las instalaciones en un horario de 9 a 14 hrs. de lunes a viernes y tienen locales y materiales para actividades como ejercicio físico, actividades manuales, paseos, festivales, ventas de sus productos de artesanía o productos cosméticos artesanales (champú, jabones, cremas, etc.). La zona es semirrural con acceso en transporte público o privado y servicios públicos como módulo de Policía y vías de pavimentadas.

En el pueblo se hacen algunas celebraciones religiosas y culturales tales como Semana Santa y la fiesta de San Andrés, Patrono de la iglesia del lugar (celebrado el 30 de noviembre), el de día de muertos (1 y 2 de noviembre) y el de la Virgen de Guadalupe (12 de diciembre).

La zona incluye habitandes de diversos niveles socioeconómicos, desde alto hasta muy bajo constituido por habitaciones de adobe, lamina y cartón. Para fotografías que ilustran el área y la propia Casa de Día véase el apéndice VII.

Participantes

Las participantes fueron exclusivamente mujeres ya que inicialmente se invitaron a los hombres para posibilitar una comparación por sexo, pero éstos declinaron la invitación. Se invitó a 40 mujeres inicialmente, de las cuales aceptaron participar 30 que asistían de manera regular a la Casa de Día. Se reclutaron otras 30 adultas mayores de forma aleatoria en las cercanías de la comunidad, que no asistían a la Casa de día. El requisito para estar incluidas en el grupo fue que tuvieran 60 años o más edad.

Así, las participantes finales en el estudio fueron 60 adultas mayores de 60 a 84 años con escolaridad desde ningún estudio, hasta estudios de posgrado. A continuación, se presentan los rangos por edad de las participantes. Si bién algunos académicos sugieren no usar porcentajes en grupos menores de cien personas, en el presente estudio se usan a fin de representar una proporción fácilmente identificable en los datos además de que la “n” de los grupos es de 30, con lo que el riesgo metodológico de representar proporciones (porcentajes) con grupos demasiado pequeños se reduce razonablemente.

La siguiente serie de figuras presentan una síntesis de las principales características sociodemográficas de las participantes, relevantes a las preguntas de investigación planteadas para el presente estudio. Estas

variables pormenorizan algunos detalles importantes del medio social de las participantes, sus condiciones de vida, estructura familiar, antecedentes familiares, etc.

Tabla 9.

Rango de edades de las adultas mayores participantes

Edades	Frecuencia	Porcentaje
60 a 64	14	23.3
65 a 69	19	31.7
70 a 74	11	18.3
75 a 79	10	16.7
80 a 84	6	10

Elaborada: LMR.

Con respecto al rango de edades, predominó el de 65 a 69 años con una frecuencia de 19 casos (31.7%); en segundo lugar de 60 a 64 años con $f = 14$ casos (23.3%) y el rango más bajo fue de 80 a 84 años con $f = 6$ casos (10%).

Tabla 10

Edad de las Participantes

	Frecuencia	Porcentaje
60	4	6.7
61	3	5.0
62	4	6.7
63	1	1.7
64	2	3.3
65	1	1.7
66	10	16.7
67	2	3.3
68	3	5.0
69	3	5.0
71	5	8.3
72	2	3.3
73	3	5.0
74	1	1.7
76	4	6.7
77	2	3.3
78	1	1.7
79	3	5.0
80	1	1.7
81	2	3.3
83	2	3.3
84	1	1.7

Elaborada por: LMR.

La edad de las más jóvenes es de 60 años y la más grande es de 84 años. La edad de 66 años es la que tiene el porcentaje mayor (modal) de la población, con un 16.7%, en segundo están las de 71 años con un 8.3%.

Tabla 11

Edad: medidas de tendencia central

Media	69.81
Mediana	68.50
Moda	66.00

Elaborada por: LMR.

Las medidas de tendencia central sobre la edad se encuentran con una media = 69.81, una mediana = 68.5

Tabla 12

Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	6	10.0
Primaria incompleta	11	18.3
Primaria completa	14	23.3
Secundaria incompleta	1	1.7
Secundaria completa	6	10.0
Técnico completo	9	15.0
Bachillerato completo	1	1.7
Profesional incompleto	4	6.7
Profesional completo	6	10.0
Posgrado completo	2	3.3

Elaborada por: LMR.

En lo que respecta a escolaridad el mayor porcentaje fue de 23.3% pertenecen a las mujeres que cursaron la primaria completa; un 10% sin ninguna escolaridad, de nivel profesional completo 10% y secundaria completa, también de un 10%; un 3.3% corresponden a dos adultas mayores que cursaron nivel de posgrado.

Tabla 13

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Casada	23	38.3
Separada	10	16.7
Divorciada	4	6.7
Viuda	21	35.0
Madre soltera	2	3.3

Elaborada por: LMR.

El estado civil de las adultas mayores corresponde en su mayoría con un 38.3% casadas, viudas un 35%, separadas un 16.7%. y divorciadas un 6.7%.

A la pregunta sobre si estaba enferma el 85% consideró que sí tenía alguna enfermedad, sólo el 15% de la población señalaron que eran mujeres sanas, sin enfermedades manifiestas.

Tabla 14

Enfermedades más frecuentes en las adultas mayores (Elaboración: LMR)

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Gastritis	2	3.3
Hígado	2	3.3
Migraña	1	1.7
EPOC	2	3.3
Osteoporosis	1	1.7
Depresión	3	5.0
Riñón	2	3.3
Fractura	1	1.7
Tiroides	1	1.7
Desgaste cartílagos	2	3.3
Artritis	2	3.3
Reumas	2	3.3
Hipertensión	10	16.7
Diabetes	14	23.3
Control Cáncer	3	5.0
Infarto	2	3.3
Herpes	1	1.7
Sanas	9	15.0

Elaborada por: LMR.

De las principales enfermedades que refieren, son diabetes el 23.3%, hipertensión el 16.7% y señalan no tener enfermedad el 15%

Tabla 15

Lugar de origen de las participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Cd Mex	29	48.3
Edo. Mex.	4	6.7
San		
Andrés	12	20.0
Otro	15	25.0

Elaborada por: LMR.

La mayoría son originarias de la Cd. de México con un 48.3%, de San Andrés Ahuayucan el 20% y de diversos estados de la República el 25%.

Se enlistan por separado las originarias locales de San Andrés por tratarse de una zona que, aunque geográficamente ubicada dentro de la demarcación denominada “ciudad de México” representa una zona rural.

Tabla 16

Años viviendo en la Zona de San Andrés Ahuayucan

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	1	1.7
6 a 10 años	1	1.7
11 a 15 años	5	8.3
Más de 15 años	41	68.3
Siempre	12	20.0

Elaborada por: LMR.

El 68.3% tiene más de 15 años de vivir en San Andrés Ahuayucan, las originarias del lugar que son el 20% tienen de vivir en el lugar más de 60 años de forma continua. Si se suman los casos de más de 15 años de vivir en el lugar, son 53, que corresponden con un 88.3%

El 75% de la población cuenta con Seguridad Social y sólo el 25% no lo tiene, pero este último porcentaje cuenta con atención de parte de los Centros de Salud que están a cargo de Salubridad y Asistencia Pública.

Tabla 17

La adulta mayor labora o no labora

	Frecuencia	Porcentaje
No labora	34	56.7
Labora	26	43.3

Elaborada por: LMR.

Cómo se puede observar el 56.7% de la población representado por 34 casos no trabajan y solo el 43.3% si trabajan y lo constituye 26 casos, trabajando de manera formal o informal.

Tabla 18

Ocupación que realiza la adulta mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Vendedora dependiente	1	1.7
Trabajadora doméstica	2	3.3
Trabajadora agropecuaria	1	1.7
Hogar	32	53.3
Hogar y ventas	7	11.7
Hogar y estudio	1	1.7
Hogar y Labor social	1	1.7
Hogar y negocio ventas	10	16.7
Cómo profesionista	2	3.3
Empleada administrativa	3	5.0

Elaborada por: LMR.

El 53.3% de las participantes se dedican sólo a actividades del hogar sin obtener ingresos, el 16.7% se dedican a su hogar y negocio establecido de ventas, hogar y ventas el 11.7%, enfocadas a vender cosas a baja escala e inclusive venderr artículos que ellas mismas elaboran. Hogar y Estudio 1.7% sin obtener ingresos y Hogar y Labor Social sin obtener ingresos el 1.7%.

Tabla 19

Ingresos que obtiene la adulta mayor de forma familiar y otros

	Frecuencia	Porcentaje
\$1001 a \$3000	9	15.0
\$3001 a \$6000	16	26.7
\$6001 a \$10000	8	13.3
\$10001 a \$15000	2	3.3
\$15001 a \$20000	4	6.7
Más de \$20001	1	1.7
No son fijos	19	31.7
No tengo ningún ingreso	1	1.7

Elaborada por: LMR.

El 26.7% de la población obtienen ingresos de \$3,001 a \$6,000, el 31.7% señalan que los ingresos no son fijos y no mencionan ninguna cantidad, el 15% obtienen de \$1,001 a \$3,000, un caso obtiene más de \$20,001 (1.7%) y un caso no tiene ningún ingreso (1.7%), este último caso corresponde a una adulta mayor que sufre abandono y maltrato.

Un 70% de las participantes no recibe ingresos por jubilación, que corresponde a 42 casos. Sólo 18 casos sí son jubiladas que corresponde a un 30%, indicando con esto ingresos propios. El 25 % de mujeres adultas mayores son pensionadas por viudez (15 casos). Los 6 casos de viudez restantes que corresponde al 10% no reciben pensión.

El 55% de la población no cuenta con pareja, lo que quizá las podría orillar a ser más independiente y relativamente autosuficiente. Sólo el 45% sí cuenta con pareja.

Tabla 20

Tiempo de no tener pareja

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 años	8	13.3
6 a 10 años	8	13.3
11 a 15 años	4	6.7
Más de 15 años	13	21.7
Tiene pareja	27	45.0

Elaborada por: LMR.

El 45% de la población tiene pareja y el 21.7% tiene más de 15 años de no tener pareja.

Tabla 21

Edad de la pareja de la adulta mayor

	Frecuencia	Porcentaje
40 a 50 años	1	1.7
51 a 60 años	4	6.7
61 a 70 años	9	15.0
71 a 80 años	9	15.0
Más de 81 años	4	6.7
No tiene pareja	33	55.0

Elaborada por: LMR.

De las parejas de las adultas mayores que corresponde al 8.4% no son adultos mayores, corresponden al nivel adulto y son 5 casos. La mayor proporción se encuentran entre 61 y 80 años correspondiendo al 30% con son 18 casos. Hay 4 casos que corresponden a un 6.7% cuyas parejas tienen más de 81 años. Las adultas mayores que señalan que son autosuficientes, trabajan y realizan actividades dentro de la casa y son 3 casos, con excepción de un solo caso que no es autosuficiente (1.7%) y una adulta mayor que tiene que ser cuidadora.

Tabla 22

Actividad principal que realiza la pareja de la adulta mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Casa	3	5.0
Trabajo formal	7	11.7
Trabajo informal	1	1.7
Recibir atención médica	2	3.3
Nada	8	13.3
Campo	3	5.0
Comerciante	3	5.0

Elaborada por: LMR.

En relación con la pareja, 14 casos que corresponde al 23.4% (trabajo formal, trabajo informal, campo y comerciante) salen de casa a trabajar indicando que se mantienen activos; el 5% se dedica a actividades de la casa; 13.3% no realiza actividades ni de casa, ni fuera de casa y 3.3% están enfermos.

Tabla 23

Número de hijos que tiene la adulta mayor

	Frecuencia	Porcentaje
1 hijo	4	6.7
2 hijos	12	20.0
3 hijos	14	23.3
4 hijos	11	18.3
5 hijos	8	13.3
Más de 5 hijos	11	18.3

Elaborada por: LMR.

Si se suman las adultas mayores que tuvieron más de 4 hijos y se consideran como familias grandes, da un total de 30 casos y ocupan un porcentaje de 50%; las que tuvieron 3 hijos 23.3%; 2 hijos 20% y hubo sólo 4 casos con un hijo, ocupando un 6.7%; sumando el otro 50%

El 95% de los hijos de la adulta mayor son independientes; pero 3 casos que son el 5% dependen de ella, estos hijos no trabajan y uno tiene problemas de adicción.

Tabla 24

La casa donde vive la adulta mayor es

	Frecuencia	Porcentaje
Propia	54	90.0
Prestada	1	1.7
Hijos	4	6.7
Otro	1	1.7

Elaborada por: LMR.

La casa en donde vive la adulta mayor en un 90%, es de su propiedad; en un 6.7% la casa es de los hijos.

Tabla 25

Con quién vive la adulta mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Sola	13	21.7
Pareja	23	38.3
Hijos	24	40.0

Elaborada por: LMR.

Es importante destacar que en 13 casos que corresponde al 21.7% las adultas mayores viven solas en su casa, lo que podría indicar algún nivel de autonomía e independencia; viven con la pareja el 38.3%; viven con los hijos en el 40%, aunque de éstas últimas 4 casos corresponden a la casa del hijo en un 6.7%; en un 33.3% los hijos viven en la casa de la madre, pero ellas señalan que “vive con ellos”.

Tabla 26

De quién depende económicamente la adulta mayor

	Frecuencia	Porcentaje
Hijos	12	20.0
Pareja	7	11.7
Propios recursos	41	68.3

Elaborada por: LMR.

La adulta mayor en un 68.3% se sostiene de sus propios recursos, indicando con esto alguna autosuficiencia y grado de independencia; en el 20% depende de los hijos y un 11.7% de la pareja.

Tabla 27

La adulta mayor tiene alguna adicción (sustancia o medicamento)

	Frecuencia	Porcentaje
Fumar	1	1.7
Tomar medicamentos	49	81.7
Ninguno	10	16.7

Elaborada por: LMR.

El 81.7% de las adultas mayores toman medicamentos; solo en un caso tiende a fumar y representa el 1.7%; no presentan dependencia en un 16.7%, en este grupo 9 casos son las que se consideran sanas. Finalmente se trabajó con 60 adultas mayores, todos los cuestionarios sociodemográficos fueron válidos en el sentido de no haber datos faltantes o perdidos y no se dejó de contestar ninguna pregunta.

Procedimiento

- En la primera sesión se reunió a las adultas mayores se les invitó a participar en la investigación, se les leyó la carta de presentación, se les explicó el propósito del estudio y el procedimiento, se les explicó que los datos se recolectarían de manera personal mediante de una entrevista y que se aplicarían una serie de cuestionarios. Se les mostró la carta con la autorización de la Delegación de Xochimilco para realizar el estudio en la Casa de Día y se les explicó que la investigación estaba supervisada por personal académico de la UNAM.
- Mediante entrevistas personales y privadas, la recolección de datos tomó cuatro meses, una vez por semana. En la primera entrevista se aplicaban, en grupo, dinámicas interpersonales sencillas para fomentar confianza y rapport. Como precaución metodológica, a lo largo de todo los procedimientos la investigadora puso especial cuidado en mostrar una actitud neutral aunque afable y en no inducir de manera alguna las respuestas de las participantes.
- En el caso de las participantes de la Casa del Adulto Mayor, ésta asignó un lugar privado para realizar las evaluaciones subsecuentes, mismas que se llevaron a cabo de forma individual.
- En las sesiones de recolección de datos se llevaron a cabo las siguientes actividades individualmente en la siguiente secuencia:
 - ✓ Se les leía la Carta de Presentación por segunda vez, se recolectaban datos personales generales, se cuidó el mantenimiento de un buen rapport y que la entrevistada estuviera cómoda y tranquila.
 - ✓ En segundo lugar, se aplicaba el Cuestionario de Calidad de Vida adaptado de WHOQOL-BREF que evalúa Calidad de Vida total, estado de salud general y cuatro dominios, de salud: física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

- ✓ En tercer lugar, se aplicaba un breve cuestionario *ad hoc* de Calidad de Vida que explora la satisfacción o insatisfacción con la familia, logros personales, vida laboral, situación económica y vida afectiva.
 - ✓ En cuarto lugar, se aplicaba el Cuestionario de datos socio demográficos.
 - ✓ En quinto lugar, se aplicaba el Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para actividades de la Vida Diaria en Adultos mayores. Donde se evalúa Actividades que reflejando Independencia, Actividades Recreativas Pasivas, Actividades Recreativas Activas, Actividades Sociales, Actividades de Protección a la Salud y Actividades Perjudiciales para la Salud.
 - ✓ En sexto lugar, la investigadora registraba el Cuadro de categorías de observación directa del comportamiento de la participante durante las entrevistas.
- Las entrevistas tenían una duración aproximada que oscilaba entre 50 minutos y 2 horas.
 - Para documentar metodológicamente la comparabilidad entre las participantes de la casa de día y las que no pertenecían a ésta , se calculó mediante la prueba estadística X^2 si podían tratarse como un solo grupo en función de variables que pudieran fungir como contaminantes (principalmente las sociodemográficas). En virtud de ausencia de diferencias estadísticamente significativas se concluyó que se trataba de grupos comparables e incluso, para efectos estadísticos podían, en caso necesario, tratarse como un solo grupo.

Medición (Instrumentos)

A continuación, se describen los instrumentos utilizados para la recolección de datos.

Carta de presentación.

En el documento se menciona que la investigación tiene como objetivo realizar una tesis doctoral y que es supervisada por tres tutores dentro la Universidad Nacional Autónoma de México y que la información obtenida será tratada de forma confidencial y anónima; además agradeciendo su participación con carácter voluntario (Véase el Apéndice I).

Entrevista estructurada

La guía aborda el conocimiento general de la adulta mayor; donde se le preguntaba su nombre (únicamente con objeto de integrar los registros correspondientes), edad, estructura familiar y, en lo general cómo se siente en la forma de llevar su vida. Se daba completa libertad para que las participantes se explayaran, si así lo deseaban sobre diversos temas de su interés sin que se le dé una dirección, solo se le escucha. Para posteriormente empezar la aplicación de los diferentes instrumentos.

Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

Cuestionario que inicialmente integra preguntas sobre la edad, nivel de estudios, estado civil y enfermedades que actualmente presenta la adulta mayor. Está integrado por 26 reactivos evaluados a través de cinco criterios de satisfacción que investigan dos áreas de Calidad de Vida y cuatro dominios; traducido, adaptado y validado en castellano por los doctores Ana Luisa González-Celis y Juan José Sánchez Sosa (2001) (p. 74). Evalúa la calidad de vida en función de cuatro aspectos

que son: Salud Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente.

- Salud física; investiga aspectos sobre dolores corporales, energía física, utilizar medicamentos, calidad de sueño y actividades cotidianas.
- Psicológica; se refiere a sentimientos positivos de la evaluada, espiritualidad, capacidad de concentración, como percibe su apariencia personal, satisfacción en su vida.
- Relaciones sociales; está vinculada con la vida social que lleva la persona, al apoyo social que siente y su actividad sexual.
- Medio ambiente; se refiere a la percepción que tiene del ambiente que la rodea, su sensación de seguridad, su situación económica, actividades recreativas, el tipo de transporte que utiliza.

Inicialmente el WHOQOL-100 (primera versión) contenía 236 preguntas, pero su extensión dificultaba su aplicación por lo que la propia OMS creó el WHOQOL-BREF con 26 reactivos que permite determinar el perfil de calidad de vida del individuo. El instrumento se adaptó en castellano con población mexicana con un lenguaje coloquial y se validó mediante el procedimiento de jueces expertos independientes. (Véase el Apéndice II).

Cuestionario (complementario) de Calidad de Vida

Este es un cuestionario breve que consta de seis preguntas que complementan el cuestionario de Calidad de Vida de WHOQOL-BREF, y aborda aspectos específicos en relación a su situación económica actual, al apoyo familiar existente, lo satisfecha que están en sus logros personales, laborales y en sus necesidades afectivas. Cuestionario elaborado por la autora. (Véase el Apéndice III).

Cuestionario de datos socio demográficos

Este cuestionario recaba datos generales con respecto a su religión, lugar de origen, años de vivir en la zona donde se hizo el estudio, estado civil, ocupación actual (informal o formal) estatus de jubilación, estatus de pensión, de quien depende económicamente, si alguien depende de ella y en de trabajar cuál es su ingreso. Consta de 25 reactivos y elaborado por la autora (Véase el Apéndice IV).

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia (actividades cotidianas)

Mide, en seis áreas las principales actividades del adulto mayor, cada pregunta se responde *sí o no*, (la realiza), e incluye actividades:

- De independencia (19 reactivos)
- Recreativas pasivas (16 reactivos)
- Recreativas activas (10 reactivos)
- Sociales (20 reactivos)
- De protección a la salud (8 reactivos)
- Perjudiciales a la salud (6 reactivos)

Las 6 áreas incluyen un total de 79 reactivos. Elaborado y validado por la Dra. Ana Luisa González-Celis. (Véase el Apéndice V).

Codificación de observación conductual (Categorías)

Al final de las entrevistas con cada participante, la investigadora observaba y registraba sus conductas en las siguientes categorías:

Distancia física (proxémica)

Se refiere a la carcanía de la participante con la entrevistadora, se entiende como el uso que se hace del espacio personal que rodea nuestro cuerpo. Esto permite crear un marco de interacción conforme con dimensiones espacio-temporal que pueden expresar diversos significados relacionados con el sexo, la edad y la procedencia social y cultural de las personas.

Inicialmente las dos sillas se ubicaban a aproximadamente un metro de distancia entre ellas. La entrevistada tenía completa libertad para alejar, acercar o dejar la silla en la posición que estaba al inicio.

Subcategorías:

- Alejamiento: La adulta mayor coloca la silla a una distancia mayor de la colocada a un inicio.
- Acercamiento: La adulta mayor coloca la silla a una distancia menor de la colocada inicialmente.
- Estática: La adulta mayor deja la silla a la distancia ya definida de aproximadamente un metro.

Expresión corporal

Se refiere al estado de tensión, relajación o equilibrio en que puede estar el sujeto entrevistado. Sus movimientos pueden reflejar rigidez o tranquilidad.

Subcategorías:

- Tensión: La adulta mayor refleja rigidez en su postura corporal, al saludarla (al estrecharle la mano) dureza al tacto, no se mueve o hace esfuerzos notorios por no moverse durante la entrevista.
- Relajación: Sus movimientos son flexibles desde que llega y a lo largo de las entrevistas.
- Ninguno: No hay tensión aparente ni muestra movimientos fuera de lo común y su postura no es de rigidez.

Contacto visual:

La participante se orienta de frente y a los ojos de la entrevistadora, sin dirigir constantemente la vista a otros sitios.

Subcategorías:

- Ve a la entrevistadora: Ve a la entrevistadora directamente a la cara y a los ojos, no baja ni desvía la mirada.
- A otra parte: Dirige la mirada a cualquier parte cuando habla, pero no a la cara u ojos de la entrevistadora.

Conducta verbal:

La participante muestra fluidez verbal relativa y mantiene una conversación continua, sin cortar ideas o comunicarse sólo con frases cortas o permanecer en silencio.

Subcategorías:

- Frases u oraciones completas: La adulta mayor mantiene su plática con oraciones e ideas completas, no entrecortadas, se aprecia una continuidad en su discurso.
- Frases u oraciones incompletas o dicotómicas (sí-no), se comunica con frases, ideas cortadas y no hay continuidad en su discurso.
- Silencio: La adulta mayor no contesta a las preguntas que se le hacen o se le tienen que repetir dos o más veces las preguntas (Véase el Apéndice VI).

Estos registros se tomaron a fin de explorar su comprensión de las preguntas (aspectos cognitivos) o la medida en que parece expresarse con libertad, fluidez y comodidad.

RESULTADOS

Calidad de Vida WHOQOL-BREF, porcentajes y frecuencias por reactivo

Tabla 28

1. Cómo evaluaría su calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	1	1.7
Mala	1	1.7
Ni mala ni buena	20	33.3
Buena	29	48.3
Muy buena	9	15.0

Elaborada por: LMR

A la pregunta directa de cómo evaluaría su calidad de vida, la población respondió en un 48.3% que es buena y muy buena el 15% sumando un 63.3%; muy mala fue de 1.7% y mala 1.7%, sumando un 3.4%, reflejando problema en su calidad de vida.

Tabla 29

2. Qué tan satisfecha está con su estado de salud

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	1	1.7
Insatisfecha	5	8.3
Satisfecha a medias	27	45.0
Satisfecha	21	35.0
Muy satisfecha	6	10.0

Elaborada por: LMR.

Las adultas mayores evalúan su estado de salud en un 45% satisfechas a medias; satisfechas en un 35% y muy satisfechas 10%, sumando estas últimas dan un 90%; las adultas mayores muy insatisfechas e insatisfechas son un 10%.

Tabla 30

3. Cuándo le duele algo, ¿qué tanto la limita para hacer lo que tiene que hacer?

	Frecuencia	Porcentaje
Nada en lo absoluto	4	6.7
Un poco	5	8.3
Medianamente	22	36.7
Bastante	18	30.0
Muchísimo	11	18.3

Elaborada por: LMR.

Al 36.7% de las adultas mayores cuando algo les duele medianamente las limita; bastante el 30% y muchísimo las limita en el 18.3%, sumando estos dos últimos da el 48.3%; la población de adultas mayores que en nada en lo absoluto las limita en un 6.7% y un poco 8.3%, sumando corresponde a un 15%, que pertenecen a la población que se perciben sanas.

Tabla 31

4. Qué tanto necesita la atención del médico

	Frecuencia	Porcentaje
Nada en lo absoluto	5	8.3
Un poco	8	13.3
Medianamente	24	40.0
Bastante	21	35.0
Muchísimo	2	3.3

Elaborada por: LMR.

La adulta mayor en un 40% necesita atención médica medianamente; necesita bastante atención médica en un 35%; un poco de atención el 13.3% y nada en absoluto el 8.3%, sumando estos dos últimos dan un porcentaje de 21.6% que corresponde a 13 casos.

Tabla 32

5. Qué tanto disfruta de su vida

	Frecuencia	Porcentaje
Nada en lo absoluto	1	1.7
Un poco	4	6.7
Medianamente	22	36.7
Bastante	24	40.0
Muchísimo	9	15.0

Elaborada por: LMR.

En tanto al disfrute de su vida de la adulta mayor, el 40% la disfruta bastante y el 15% la disfruta muchísimo, sumando el 55%; nada en absoluto la disfruta en un 1.7% y la disfruta un poco el 6.7% sumando da un 8.4%

Tabla 33

6. Le parece que su vida tiene un significado, religioso, espiritual, personal

	Frecuencia	Porcentaje
Nada en absoluto	1	1.7
Un poco	6	10.0
Medianamente	17	28.3
Bastante	24	40.0
Muchísimo	12	20.0

Elaborada por: LMR.

Las adultas mayores en un 40% le dan bastante significado a lo religioso y espiritual; le dan muchísimo significado en un 20%, sumando en estos dos un 60%; nada en absoluto el 1.7%.

Tabla 34

7. Se puede concentrar

	Frecuencia	Porcentaje
Nada en absoluto	3	5.0
Un poco	7	11.7
Medianamente	25	41.7
Bastante	17	28.3
Muchísimo	8	13.3

Elaborada por: LMR.

En un 41.7% las adultas mayores se concentran medianamente, se concentran bastante en un 28.3% y muchísimo en un 13.3%; un poco en un 11.7% y nada en absoluto en un 5%, sumando estos dos últimos dan un 16.7%, observando problemas a nivel cognitivo.

Tabla 35

8. Qué tan segura se siente en su vida diaria

	Frecuencia	Porcentaje
Un poco	4	6.7
Medianamente	17	28.3
Bastante	25	41.7
Muchísimo	14	23.3

Elaborada por: LMR.

En relación con su seguridad el 41.7% se sienten bastante seguras; el 23.3% muchísimo y nada más un poco seguro el 6.7%. La mayor parte de la población se siente segura en su vida en un 65%.

Tabla 36

9. El ambiente en el que vive es saludable

	Frecuencia	Porcentaje
Un poco	5	8.3
Medianamente	23	38.3
Bastante	25	41.7
Muchísimo	7	11.7

Elaborada por: LMR.

Las adultas mayores consideran bastante saludable el ambiente en un 41.7%; muchísimo el 11.7%, sumando estos dos arrojan un 53.4% y un poco saludable en un 8.3%.

Tabla 37

10. Cuánta energía tiene para su vida diaria

	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco	1	1.7
Poco	5	8.3
Medianamente	14	23.3
La mayor parte del tiempo	23	38.3
Mucho casi siempre	17	28.3

Elaborada por: LMR.

Las adultas mayores en un 38.3% cuentan con la mayor parte del tiempo con energía para su vida diaria y un 28.3% cuentan con mucha energía casi siempre, sumando estos dos, ofrecen un porcentaje de 66.6%, lo que nos habla de calidad de vida. El 1.7% tiene muy poca y el 8.3% poca energía para realizar sus actividades diarias.

Tabla 38

11. Que tanto le gusta su apariencia corporal

	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco	4	6.7
Poco	7	11.7
Medianamente	26	43.3
La mayor parte del tiempo	15	25.0

Elaborada por: LMR.

Les gusta medianamente su apariencia corporal en un 43.3% y la mayor parte del tiempo el 25%, sumando estos dos porcentajes, ofrece gusto por su apariencia corporal en un 68.3% hablando con esto de su autoestima y se sienten muy poco de acuerdo con su apariencia corporal, el 6.7%.

Tabla 39

12. Tiene suficiente dinero para sus necesidades personales

	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco	1	1.7
Poco	10	16.7
Medianamente	34	56.7
La mayor parte del tiempo	8	13.3
Mucho casi siempre	7	11.7

Elaborada por: LMR

El 56.7% se encuentra medianamente para cubrir sus necesidades personales; la mayor parte del tiempo para cubrir sus necesidades personales, lo representan un 13.3% sumando estas dos un 70% de la población; tienen poco dinero un 16.7% y tienen muy poco dinero para cubrir sus necesidades es un 1.7%.

Tabla 40

13. Cuenta con la información necesaria para su vida diaria

	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco	6	10.0
Poco	8	13.3
Medianamente	25	41.7
La mayor parte del tiempo	17	28.3
Mucho casi siempre	4	6.7

Elaborada por: LMR.

Tabla 41

14. Participa en actividades de diversión o entretenimiento

	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco	11	18.3
Poco	9	15.0
Medianamente	22	36.7
La mayor parte del tiempo	14	23.3
Mucho casi siempre	4	6.7

Elaborada por: LMR.

Las adultas mayores participan medianamente con un 36.7% en actividades de diversión; la mayor parte del tiempo en un 23.3%, sumando ofrecen un 70% y muy poco con un 18.3%.

Tabla 42

15. Se siente capaz de moverse por su zona (o colonia)

	Frecuencia	Porcentaje
Muy poco	2	3.3
Poco	7	11.7
Medianamente	17	28.3
La mayor parte del tiempo	23	38.3
Mucho casi siempre	11	18.3

Elaborada por: LMR.

El 38.3% de las adultas mayores se sienten capaz de moverse por su colonia la mayor parte del tiempo, el 18.3% se sienten mucho casi siempre capaz de moverse por su colonia, sumando el 56.6% de la población, lo cual nos señala independencia y seguridad de la adulta mayor; el 11.7% señala ser poco capaz de moverse por su colonia y el 3.3% se siente muy poco capaz de moverse por su colonia, dando indicadores de dependencia e inseguridad.

Tabla 43

16. Qué tan satisfecha está con su sueño

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecha	5	8.3
Ni satisfecha ni insatisfecha	11	18.3
Satisfecha	28	46.7
Muy satisfecha	16	26.7

Elaborada por: LMR.

El 46.7% de la población están satisfechas con su sueño y muy satisfechas un 26.7%, sumando un 73.4% de la población que no

presenta problema al dormir; solo el 8.3% tienen insatisfacción para dormir.

Tabla 44

17. Qué tanto le satisface poder hacer sus actividades diarias

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecha	2	3.3
Ni satisfecha ni insatisfecha	13	21.7
Satisfecha	30	50.0
Muy satisfecha	15	25.0

Elaborada por: LMR.

Las adultas mayores están en un 50% satisfechas de sus actividades diarias, muy satisfechas en un 25%, sumando un 75%; insatisfechas en sus actividades diarias en un 3.3%.

Tabla 45

18. Está satisfecha con su capacidad para trabajar

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecha	7	11.7
Ni satisfecha ni insatisfecha	13	21.7
Satisfecha	29	48.3
Muy satisfecha	11	18.3

Elaborada por: LMR.

La población de adultas mayores, están en un 48.3% satisfechas con su capacidad de trabajar y muy satisfecha en un 18.3%, sumando ofrece un 66.6%; hay insatisfacción con su capacidad de trabajo en un 11.7%.

Tabla 46

19. Se siente satisfecha con su vida

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	1	1.7
Insatisfecha	2	3.3
Ni satisfecha ni insatisfecha	14	23.3
Satisfecha	31	51.7
Muy satisfecha	12	20.0

Elaborada por: LMR.

La población de adultas mayores está satisfecha con su vida en un 51.7% y muy satisfecha en un 20%, sumando da un 71.7%, lo que indica buena calidad de vida; solo se presenta un 1.7% muy insatisfecha.

Tabla 47

20. Qué tan satisfecha está con su relación con otros

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecha	2	3.3
Ni satisfecha ni insatisfecha	17	28.3
Satisfecha	32	53.3
Muy satisfecha	9	15.0

Elaborada por: LMR.

Están satisfechas en un 53.3% con sus relaciones con otras personas; no están satisfechas ni insatisfechas en un 28.3% y muy satisfechas en un 15% sumando un 96,6% en sus relaciones con otras personas.

Tabla 48

21. Qué tan satisfecha está con su vida sexual

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	28	46.7
Insatisfecha	8	13.3
Ni satisfecha ni insatisfecha	14	23.3
Satisfecha	6	10.0
Muy satisfecha	4	6.7

Elaborada por: LMR.

Con respecto a la vida sexual el 46.7% de las adultas mayores están muy insatisfechas y el 13.3% tiene insatisfacción, sumando los dos se tiene 60% de dificultades en la parte sexual; satisfechas en esta misma área esta un porcentaje de 10% y muy satisfecha el 6.7%, sumando se tiene 16.7% sin dificultades en esta área.

Tabla 49

22. Cómo se siente con el apoyo que le dan sus amigos

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	2	3.3
Insatisfecha	8	13.3
Ni satisfecha ni insatisfecha	20	33.3
Satisfecha	23	38.3
<u>Muy satisfecha</u>	<u>7</u>	<u>11.7</u>

Elaborada por: LMR.

En lo que respecta a la relación con amigos hay una satisfacción de 38.3% y muy satisfechas del 11.7%, sumando da una población de adultas mayores de 50%; el apoyo de amigos no les genera ni satisfacción ni insatisfacción en un 33.3%. Hay insatisfacción en relación con el apoyo de amigos en un 13.3% y muy insatisfechas en un 3.3%.

Tabla 50

23. Qué tan satisfecha está del lugar donde vive

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	1	1.7
Insatisfecha	4	6.7
Ni satisfecha ni insatisfecha	17	28.3
Satisfecha	27	45.0
Muy satisfecha	11	18.3

Elaborada por: LMR.

El lugar donde viven las adultas mayores les genera satisfacción en un 45% y muy satisfechas el 18.3%, sumando da una satisfacción de 63.3%; ni satisfechas ni insatisfechas están en un 28.3%.

Tabla 51

24. Qué tan satisfecha está con el acceso que tiene a los servicios de salud

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	1	1.7
Insatisfecha	18	30.0
Ni satisfecha ni insatisfecha	17	28.3
Satisfecha	22	36.7
Muy satisfecha	2	3.3

Elaborada por: LMR.

Con respecto a los servicios de salud hay satisfacción en un 36.7% e insatisfacción en un 30%, ya que no se cuenta con los servicios necesarios.

Tabla 52

25. Qué tan satisfecha está con los medios de transporte que utiliza

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	23	38.3
Insatisfecha	14	23.3
Ni satisfecha ni insatisfecha	12	20.0
Satisfecha	10	16.7
Muy Satisfecha	1	1.7

Elaborada por: LMR.

El 38.3% de la población de adultas mayores están muy insatisfecha con los medios de transporte e insatisfecha el 23.3%, sumando un 61.6%; satisfechas un 16.7% y muy satisfechas el 1.7%, sumando 18.4%, pero este último porcentaje es el que utiliza servicio de taxi únicamente.

Tabla 53

26. Qué tanto ha tenido sentimientos de tristeza, desesperación

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	10.0
Rara vez	8	13.3
Con frecuencia	15	25.0
Muy seguido	28	46.7
Siempre	3	5.0

Elaborada por: LMR.

Es importante observar que este grupo de adultas mayores presentan sentimientos de tristeza y depresión muy seguido el 46.7%, con frecuencia el 25% y siempre el 5%, sumando un 76.7%; en contra de la población que señala que rara vez los presenta, representado por el 13.3% y nunca 10% y sumando un 23.3% que no hay rasgos depresivos.

Otras medidas descriptivas del WHOQOL-BREF

A continuación, se describen los datos de las áreas de Salud Física, Psicológica, Medio Ambiente y Relaciones Sociales.

Tabla 54

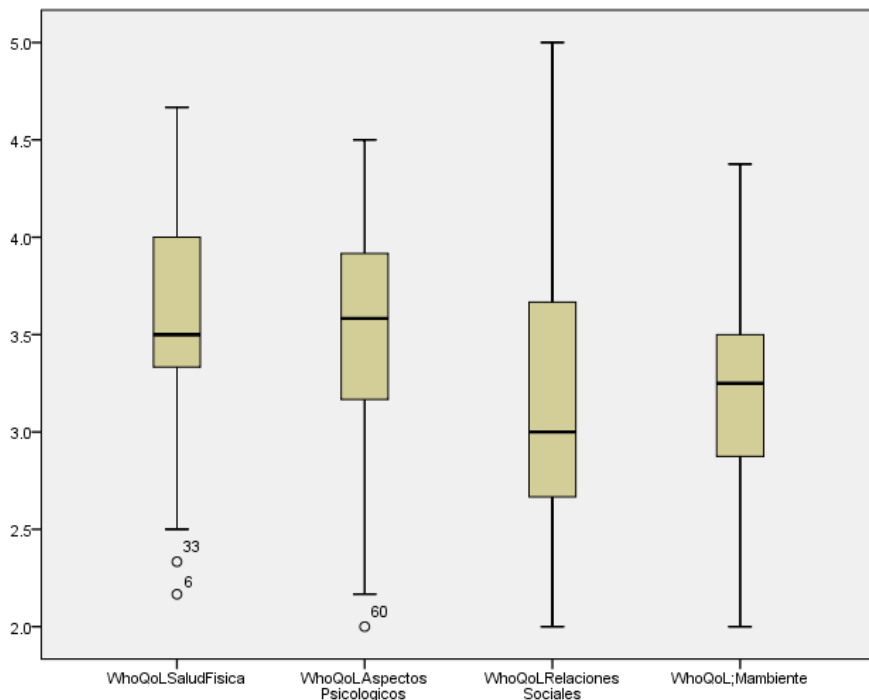
Integración de Valores de WHOQOL-BREF

	WHOQOL-BREF	WHOQOL-BREF	WHOQOL-BREF	WHOQOL-BREF
	Salud Física	Asp. Psicológicos	Relaciones Sociales	WHOQOL-BREF Medio ambiente
N Válido	60	60	60	60
Perdidos	0	0	0	0
Valor máximo	4.67	4.5	5	4.5
Valor mínimo	2.17	2	2	2
Media	3.6250	3.4917	3.1278	3.1875
Mediana	3.5000	3.5833	3.0000	3.2500
Percentiles	3.3333	3.1667	2.6667	2.8750
25				
50	3.5000	3.5833	3.0000	3.2500
75	4.0000	3.9583	3.6667	3.5000

Elaborada por: LMR.

Gráfica 5.

Integración de resultados de percentiles, mediana, valor máximo y valor mínimo del WHOQOL-BREF.



Esta representación gráfica en el formato generalmente denominado “*de caja y bigotes*”, permite observar los valores de distribución de la población evaluada, su posición de percentil (respecto de la ordenada), valores máximos y mínimos en las áreas: Salud, Aspectos Psicológicos; Relaciones sociales y Medio ambiente.

Las “cajas” representan el 50% de las participantes y se muestran los percentiles 25 y 75, los “bigotes” muestran los valores máximos y mínimos de la distribución y los círculos pequeños de la parte inferior, los “outliers”.

En Salud física se observa una mediana (línea horizontal que atraviesa la caja) con un valor de 3.5, ligeramente cargado a valores altos, lo compacto de la caja muestra poca dispersión de los valores centrales y la mayoría están por encima de la mediana. Los valores máximos no alcanzan el valor más alto evaluado (cinco), los valores mínimos muestran el mayor número de valores extremos de todas las áreas; lo que implica un deterioro importante de dos casos (33 y 6) representados en los círculos pequeños de abajo.

En Aspectos Psicológicos se obtiene una mediana de 3.5833, cargada a valores bajos, la caja muestra poca dispersión de los valores centrales y la mayoría están debajo de la mediana. Los valores más altos no alcanzan el valor más alto (cinco), los valores en su mayoría se centran debajo de la mediana. Solo un caso bajo representa un valor extremo (60).

Con respecto a las Relaciones Sociales se obtiene una mediana de 3, cargada hacia los valores altos, la caja presenta mayor dispersión de los valores centrales y la mayoría se ubica arriba de la mediana. Los valores más altos alcanzan el valor máximo de cinco.

En medio ambiente se obtiene una mediana de 3.25, cargada a valores bajos; la caja muestra poca dispersión de los valores centrales, pero la mayoría está debajo de la mediana. Los valores más altos no alcanzan el valor de (cinco) y no presenta valores extremos bajos.

Frecuencias y porcentajes por área del WOHOQ-BREF

Tabla 55

Como evaluaría su calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	1	1.7
Mala	1	1.7
Ni mala ni buena	20	33.3
Buena	29	48.3
Muy buena	9	15.0

Elaborada por: LMR.

El grupo de participantes obtuvo una media = 3.733; y una DS = .799. El 48.3% de la población calificó su calidad de vida como buena; y muy buena con un porcentaje de 15%, sumando ambos porcentajes se obtiene 63.3% superior a la media; colocándose en una posición intermedia se ubicó el 33.3% de la población. Sólo un 1.7% califican su calidad de vida como muy mala o mala, que corresponden a un caso en cada categoría.

Tabla 56

Qué tan satisfecha está con su estado de salud

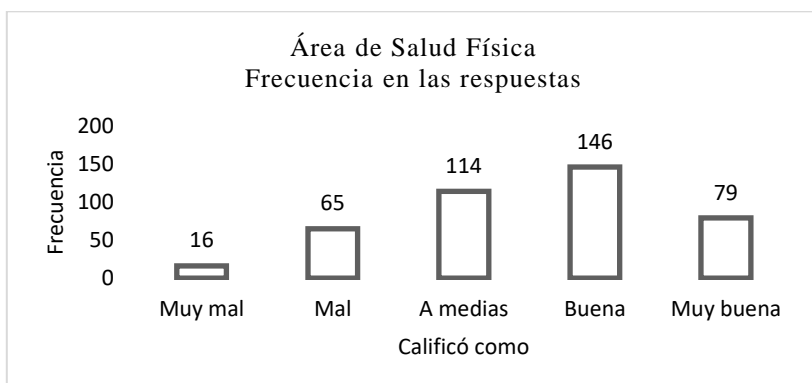
	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	1	1.7
Insatisfecha	5	8.3
Satisfecha a medias	27	45.0
Satisfecha	21	35.0
Muy satisfecha	6	10.0

Elaborada por: LMR.

En cuanto a salud se obtuvo una media=de 3.433; y una DS=.851 El grupo de adultas mayores se encuentra medianamente satisfecho con relación a su salud, con un 45%: satisfechas en un 35% y muy satisfechas en un 10%, sumando estos dos porcentajes se obtiene un 45%. Insatisfechas están en un 8.3% y muy insatisfechas un 1.7%.

Gráfica 6

Frecuencia en las respuestas del Área de Salud Física



Elaborada por: LMR.

En esta área hubo una preferencia por calificar las opciones como *buena*.

De esta área son 7 preguntas y 60 respuestas de cada una, dando un total de 420 respuestas en total, como se esquematiza a continuación:

Tabla 57

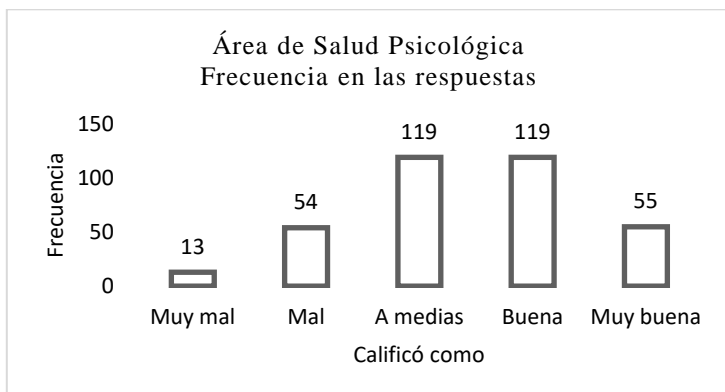
Frecuencia de las respuestas de Área de Salud Física

Califican como:	Frecuencia
Muy mal	16
Mal	65
A medias	114
Buena	146
Muy Buena	79
Total	420

Elaborada por: LMR.

Gráfica 7

Frecuencia en las respuestas del Área Psicológica



Elaborada por: LMR.

En esta área hubo preferencia por calificar las respuestas como *a medias* y *buenas*.

De esta área son 6 preguntas y 60 respuestas de cada una, dando un total de 360 respuestas en total, como se muestra a continuación:

Tabla 58

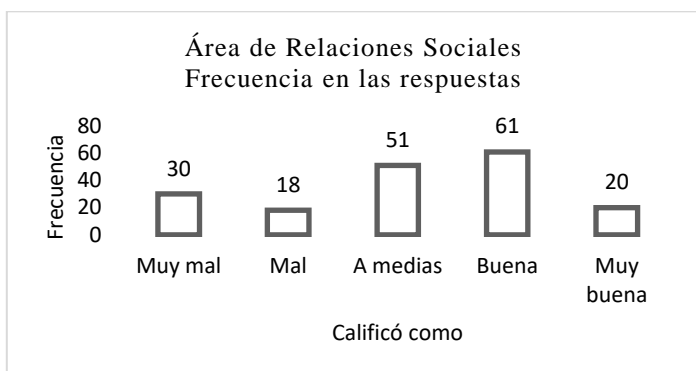
Frecuencia de las respuestas Área Psicológica

Califican como:	Frecuencia
Muy mal	13
Mal	54
A medias	119
Buena	119
Muy Buena	55
Total	360

Elaborada por: LMR.

Gráfica 8

Frecuencia en las respuestas del Área de Relaciones Sociales



Elaborada por: LMR.

En esta área las frecuencias más altas se encontraron en las opciones *buenas y a medias*.

En esta área son 3 preguntas y 60 respuestas de cada una, dando un total de 180 respuestas en total, como se esquematiza a continuación:

Tabla 59

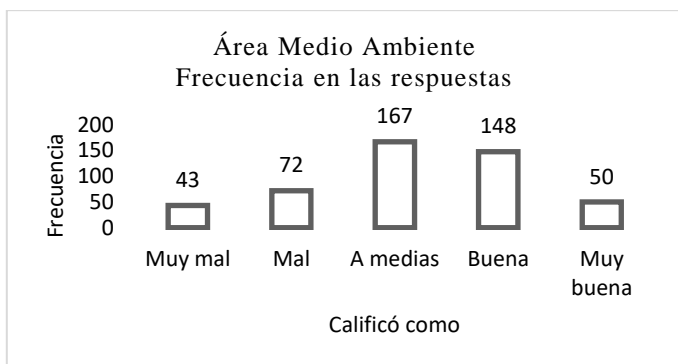
Frecuencia de las respuestas Área de Relaciones Sociales

Califican como:	Frecuencia
Muy mal	30
Mal	18
A medias	51
Buena	61
Muy Buena	20
Total	180

Elaborada por: LMR.

Gráfica 9

Frecuencia en las respuestas del Área Medio Ambiente



Elaborada por: LMR.

En esta área hubo preferencia por responder a las preguntas como *a medias y buenas*.

De esta área son 8 preguntas y 60 respuestas de cada una, dando un total de 480 respuestas en total, como se esquematiza a continuación:

Tabla 60

Frecuencia de las respuestas Área del Medio Ambiente

Califican como:	Frecuencia
Muy mal	43
Mal	72
A medias	167
Buena	148
Muy Buena	50
Total	480

Elaborada por: LMR.

Cuestionario Complementario de Calidad de Vida

Está compuesto por 5 preguntas, complementarias.

Tabla 61

1. Cómo considera la adulta mayor su economía actual

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfactoria	8	13.3
Término medio	35	58.3
Satisfactoria	16	26.7
Muy satisfactoria	1	1.7

Elaborada por: LMR.

El 58.3% las adultas mayores consideran su economía término medio, que corresponden a 35 casos y el 26.7% satisfactoria, que son 16 casos y un solo caso de muy satisfactoria con 1.7%, sumando da 86.7% en satisfacción. Considerando además que el 13.3% de la población su economía es insatisfactoria.

Tabla 62

2. Recibe apoyo familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o casi nunca	6	10.0
Pocas veces	5	8.3
A veces sí y a veces no	24	40.0
Muchas veces	12	20.0
Siempre o casi siempre	13	21.7

Elaborada por: LMR.

El 40% de la población a veces recibe apoyo; muchas veces el 20% y siempre 21.7%, sumando 41.7% con 25 casos; sumando las situaciones de nunca y pocas veces reciben apoyo, ofrece un 18.3%.

Tabla 63

3. La adulta mayor está satisfecha con sus logros personales

	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	4	6.7
Satisfecha	46	76.7
Muy satisfecha	10	16.7

Elaborada por: LMR.

Las adultas mayores en un 76.7% están satisfechas de sus logros personales y un 16.7% se encuentran muy satisfechas, sumando dan un 93.4% y solo en 4 casos representando el 6.7% son indiferentes a sus logros personales.

Tabla 64

4. La adulta mayor esta satisfacción con su vida laboral

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecha	2	3.3
Satisfecha	35	58.3
Muy satisfecha	23	38.3

Elaborada por: LMR.

Están satisfecha con su vida laboral en un 58.3% y muy satisfechas en un 38.3%, (total 96.6%) integrando 58 casos. Sólo 3.3% de las adultas mayores que corresponden a dos casos se presentan insatisfechas.

Tabla 65

5. La adulta mayor tiene satisfechas sus necesidades afectivas

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecha	4	6.7
Insatisfecha	5	8.3
Indiferente	15	25.0
Satisfecha	30	50.0
Muy satisfecha	6	10.0

Elaborada por: LMR.

El 50% de las adultas mayores perciben satisfechas sus necesidades afectivas y muy satisfechas en un 10%, sumando 60% con 36 casos; muy insatisfechas en un 6.7% e insatisfechas en un 8.3%, representando un 15%.

Instrumento de Autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos.

Como se ha descrito, el instrumento mide seis áreas de actividades de autoeficacia y se señala la principal información obtenida:

Actividades de independencia.

Las poblaciones de adultas mayores realizan actividades de forma independiente en un 72.11% y solo el 27.89% no las realizan en su totalidad.

Tabla 66

I. Actividades de independencia

Actividades:	Frecuencia Sí	Porcentaje
Se baña sola	58	96.7
Se viste sola	57	95
Come sola	60	100
Prepara su comida	51	85
Limpia su casa	45	75
Objetos de casa están en su lugar	55	91.7
Lava su ropa	44	73.3
Plancha su ropa	40	66.7
Se maquilla	40	66.7
Decide lo que se va a comprar	45	75
Sale a caminar por los parques	34	56.7
Sale a trabajar	23	38.3
Va a centros comerciales	51	85
Va sola al salón de belleza	44	73.3
Va al banco	32	53.3
Utiliza transporte público	52	86.7
Maneja coche	13	21.7
Resuelve asuntos pendientes	41	68.3
En conflictos toma la decisión	37	61.7

Elaborada por: LMR.

El salir a caminar un 56.7%, ir a trabajar, tomar decisiones y resolver asuntos pendientes 75%, se baña sola 96.7%, se viste sola 95%, llevan a comportamientos de independencia, autonomía y autosuficiente; las cuales son componentes de Calidad de Vida de la adulta mayor y de una vejez activa. Es importante observar, que de esta población el 21.7% manejan un vehículo.

Actividades recreativas pasivas

Con lo que respecta a las actividades recreativas pasivas como leer, escribir, estudiar, ver televisión, presenta la población el 51.35% y no las realizan el 48.65% de las adultas mayores.

Tabla 67

II. Actividades recreativas pasivas

Actividades:	Frecuencia Sí	Porcentaje
Leer libros, revistas	39	65
Escribir cartas, recados	21	35
Usted estudia	12	20
Ve televisión	56	93.3
Ve películas de video	35	58.3
Ve sus fotos	48	80
Escucha el radio	52	86.7
Descansa durante el día	36	60
Duerme durante el día	17	28.3
Pinta, dibuja	26	43.3
Hace manualidades	30	50
Cose. Teje. Borda	31	51.7
Juega domino, “serpientes y escaleras”	28	46.7
Resuelve crucigramas, “sopa de letras”	31	51.7
Arma rompecabezas	29	48.3
Toca algún instrumento musical	2	3.3

Elaborada por: LMR.

Dentro de las actividades recreativas pasivas, lo que realizan más las adultas mayores es ver televisión un 93.3%, escuchar radio un 86.7% y ver fotos un 80%, lo que nos habla de actividades sedentarias de la adulta mayor, pero manejando atención y concentración. Dentro de las actividades lo que menos hacen es tocar algún instrumento musical, que solo lo hace un 3.3% que corresponde a dos casos y estudiar un 20%, que corresponde a doce casos.

Actividades recreativas activas

Las actividades recreativas activas como caminar, correr, nadar, hacer ejercicio, las realiza la población en un 54.84% y no realizan actividades recreativas activas un 45.16%.

Tabla 68

III. Actividades recreativas activas

Actividades:	Frecuencia Sí	Porcentaje
Salir a caminar	45	75
Salir a correr	9	15
Nadar	10	16.7
Hacer ejercicio	32	53.3
Bailar y/o cantar	46	76.7
En casa cuidar las plantas	55	91.7
Cuidar los animales en casa	41	68.3
Cocinar en casa	50	83.3
Hacer pasteles y galletas	19	31.7
Hacer reparaciones en casa	22	36.7

Elaborada por: LMR.

Dentro de este grupo de actividades lo más representativo está en un 91.7% realizando actividades como cuidar plantas, cocinar en casa con 83.3% y bailar y cantar con un 76.7%. El caminar representa un 75%. Esto

nos da información que también hay una vida activa en este grupo de adultas mayores.

Actividades sociales

En cuanto a actividades sociales tales como visitar amigos, familiares, cuidar niños y jugar con ellos, entre otras, la población las realiza en un 54.99% y no la realizan 45.01%.

Tabla 69.

IV. Actividades sociales

Actividades:	Frecuencia Sí	Porcentaje
Visita a sus amigos, amigas	35	58.3
Visita a sus familiares	45	75
Visita a enfermos	26	43.3
Cuida niños	17	28.3
Juega con los niños	32	53.3
Ayuda a los niños a hacer su tarea	12	20
Va a lugares de diversión	37	61.7
Va a fiestas y	50	83.3
Va al cine o al teatro	26	43.3
Visita museos	28	46.7
Va a misa	36	60
Participa en actividades de la iglesia	13	21.7
Participa en su comunidad	11	18.3
Hace obras de caridad	20	33.3
Platica con familiares y amigos	53	88.3
Ve a sus vecinos y platica con ellos	47	78.3
Habla por teléfono con amigas	46	76.7
Sale de paseo	48	80
Participa en la organización de eventos	26	43.3
Llega a iniciar una nueva amistad	52	86.7

Elaborada por: LMR.

Con respecto a sus relaciones sociales lo más frecuente incluye, platicar con amigos y familiares un 88%, también iniciar una nueva amistad con un 86.7%, ir a fiestas con un 83.3% y salir de paseo con un 80%. Estos datos representan la importancia que tiene para el grupo el vínculo social; sólo obtienen un porcentaje bajo en “participar en su comunidad”, representado con un 18.3%.

Actividades de protección a la salud

En actividades de protección a la salud como hacer dietas, cuidar su nutrición, dormir lo necesario para descansar, la población lo realiza en un 77.91% y no lo realizan en un 22.09%.

Tabla 70

V. Actividades de protección a la salud

Actividades:	Frecuencia sí	Porcentaje
Hacer alguna dieta	28	46.7
Alimentarse de forma nutritiva	56	93.3
Dormir lo necesario para descansar	55	91.7
Tomar medicamentos prescritos	56	93,3
Va al médico cuando lo necesita	60	100
Va a revisión con el dentista	45	75
Va a visitar al huesero, curandero	15	25
Se hace análisis de laboratorio	59	98.3

Elaborada por: LMR.

El grupo de adultas mayores realiza actividades que favorecen al cuidado de su salud como ir al médico representado con un 100%, alimentarse de forma nutritiva con un 93.3% y tomar los medicamentos con igual porcentaje de 93.3%. Es de destacarse que sólo un 25% acuden a visitar al “huesero” o el “curandero”.

Actividades perjudiciales a la salud

Realizar actividades que perjudiquen su salud como auto-recetarse, no seguir las indicaciones del médico, comer alimentos dañinos, lo realizan el 38.05% de la población. En su mayoría, el 61.95% procuran cuidar su salud.

Tabla 71

VI. Actividades perjudiciales a la salud

Actividades:	Frecuencia Sí	Porcentaje
Se auto-receta	16	26.7
No sigue instrucciones del médico	26	43.3
No sigue las indicaciones de la gente	18	30
Come alimentos dañinos para su salud	20	33.3
Tiene episodios de llanto y/o tristeza	32	53.3
Grita, se enoja, pelea	25	41.7

Elaborada por: LMR.

En reacciones que se asocian con la salud en sentido más psicológico, el 53.3% señala tener episodios de llanto y/o tristeza, lo que representa que son indicadores de alguna sintomatología depresiva, además de un 41.7% de enojo.

- Con respecto a las actividades que realizan las adultas mayores preguntadas en este instrumento, nos dan respuestas positivas relacionando con las preguntas de la investigación, ya que en la mayoría de los casos están presentando porcentajes altos en actitudes de logros, independencia, autonomía, actividad social, adaptación a su medio ambiente y el gusto por realizar actividades diversas.
- Integrando valores tenemos que las participantes realizan:
Actividades de independencia en un 72.11%
Actividades recreativas pasivas en un 51.35%

Actividades recreativas activas en un 54.84%

Actividades sociales en un 54.99%

Actividades de protección a la salud en un 77.91%

Actividades perjudiciales a la salud en un 38.05%

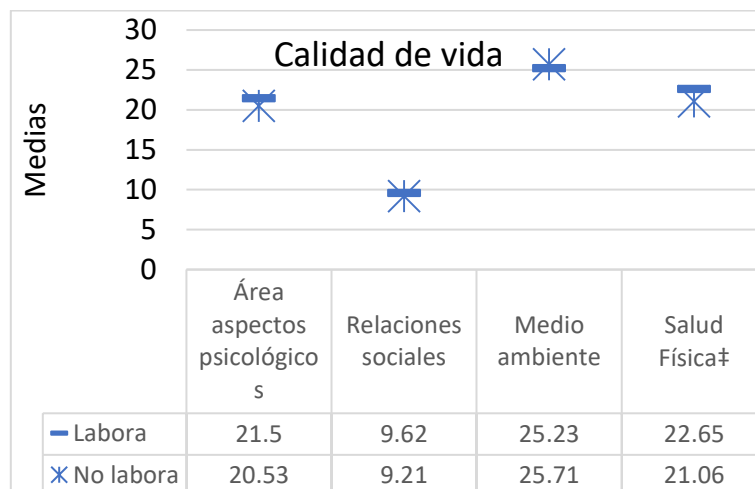
La media obtenida de 5 puntuaciones en Auto-Eficacia (su capacidad percibida para realizar actividades cotidianas) arrojó una media de **62.24**, que corresponde a un valor por arriba de la media habitual. El dato complementa valores del grupo de adultas mayores que superior a la media buscan una buena calidad de vida.

Comparación de medias entre la población que labora y no labora, respecto a su Calidad de Vida.

A continuación, se realiza una comparación de las medias estadísticas de las cuatro áreas que integran el instrumento de Calidad de Vida del WHOQOL-BREF, entre las adultas mayores que trabajan y las que no trabajan.

Gráfica 10

Medias de las Áreas de Calidad de Vida comparando las que laboran y las que no labora



Elaborada por: LMR

Con respecto a las medias del Área de Medio ambiente, las que no laboran (media=25.71) se ubican ligeramente por arriba de las que laboran (media=25.23) y es en la que se obtuvo mayor puntaje comparando las cuatro áreas.

En Salud física las que laboran (media=22.65) están por arriba de las que no laboran (media=21.06).

En el Área Psicológica las que laboran (media=21.5) se ubican ligeramente por arriba de las que no trabajan (media=20.53).

Con respecto a el Área de las Relaciones Sociales, aunque resultó la más baja de las cuatro áreas, hay una ligera superioridad en las que trabajan (media=9.62) sobre las que no trabajan (media=9.21).

En síntesis, de las tres areas medidas por estos instrumentos (Bienestar Psicológico, Relaciones Sociales y Salud Física) las adultas mayores que trabajan puntuaron por arriba de las que no trabajan.

Análisis no paramétrico (U de Mann-Whitney para dos muestras independientes): participantes que laboran y que no laboran.

Se presenta las hipótesis Ho (nula) y Ha (alterna) de las diferentes áreas del WHOQOL-BREF y su valor de significado.

- H₀: No hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a su salud física
- Ha: Hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a su salud física.

Tabla 72

Resultados de U Mann-Whitney (Salud Física).

Valor de Significado	Decisión
.313	No rechazar Ho

Elaborada por: LMR.

- H_0 : No hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a sus Aspectos Psicológicos.
- H_a : Hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a sus Aspectos Psicológicos.

Tabla 73

Resultados de U Mann-Whitney (Aspectos Psicológicos)

Valor de significado	Decisión
.193	No rechazar H_0 .

Elaborada por: LMR..

- H_0 : No hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a sus Relaciones Sociales
- H_a : Hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a sus Relaciones Sociales.

Tabla 74

Resultados de U Mann-Whitney (Relaciones Sociales)

Valor de significado	Decisión
.902	No rechazar H_0 .

Elaborada por: LMR..

- H_0 : No hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a su Medio Ambiente.

- Ha: Hay diferencia significativa entre adultas mayores que trabajan y las que no trabajan con respecto a su Medio Ambiente.

Tabla 75

Resultados de U Mann-Whitney (Medio Ambiente)

Valor de significado	Decisión
.578	No rechazar Ho.

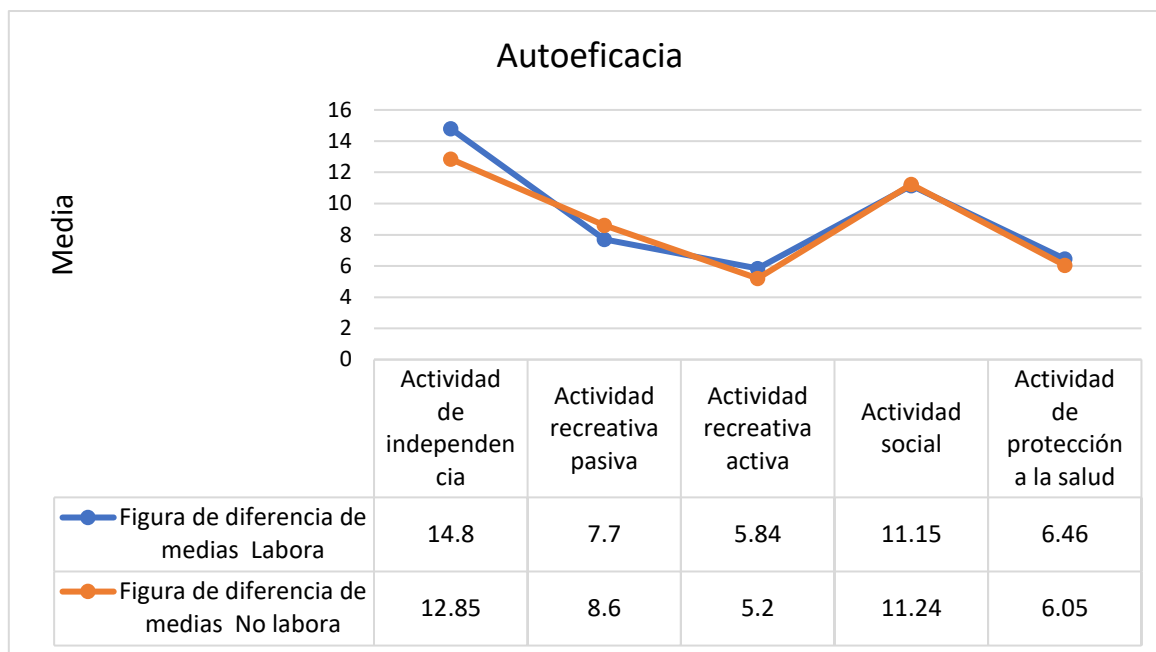
Elaborada por: LMR..

Así, en sentido estadístico ambos grupos de adultas mayores (que trabajan y no trabajan), no presentan diferencias significativas en las diferentes áreas que constituyen el WOHQOL-BREF de Calidad de vida aunque los datos muestran ligeras ventajas en los puntajes de las que trabajan.

Autoeficacia entre las que trabajan y no trabajan, comparación de medias

Gráfica 11

Medias de Autoeficacia de las adultas mayores que laboran y no laboran.



Elaborada por: LMR.

Con respecto a la Autoeficacia en actividades que reflejan independencia, las adultas mayores que trabajan presentan una puntuación (media=14.8) ligeramente superior a las que no trabajan (media=12.85). En Actividades de protección a la salud las que laboran también son ligeramente superiores (media= 6.46) sobre las que no laboran (media=6.05). Las que trabajan también resultan ligeramente superiores (media=5.84) en Actividades recreativas activas sobre las que no trabajan (media=5.2). Las que no trabajan puntuaron más alto (media=8.6) en Actividades recreativas pasivas, sobre las que trabajan (media=7.7). Finalmente, en actividades sociales las que no trabajan puntuaron ligeramente más alto (media=11.24) que las que trabajan (media=11.15).

Correlación de Spearman Rho

Se seleccionó este estadístico como el más adecuado a este tipo de análisis de asociación en función de las características estructurales de los instrumentos con reactivos en escalas ordinales y en la ausencia práctica (por los tamaños de “n”) de acreditar una distribución normal que permitiera análisis de naturaleza paramétrica. A continuación se muestran los resultados obtenidos a través de la correlación de *Spearman Rho*, entre las áreas de Calidad de Vida y las áreas de Autoeficacia de las adultas mayores que trabajan y las que no trabajan.

Tabla 76

Correlación de Adultas Mayores que trabajan con Áreas de Calidad de Vida y Áreas de Autoeficacia

Matriz de correlación Adultas Mayores que laboran (n=26)				
	Salud Física	Psicológica	Relaciones Soc.	Medio Ambiente
Independencia	.477*	0.107	0.022	-0.021
Recreativas Pasivas	0.377	0.156	0.431*	.678**
Recreativas Activas	0.287	.461*	0.296	0.22
Actividades Sociales	0.166	0.243	0.37	0.123
Actividades de Protección a la Salud	0.11	-0.153	-0.209	-0.085
Coeficiente de correlación Spearman Rho, *= $p < .05$, **= $p < .01$				

Elaborada por: LMR.

En la población de adultas mayores que trabajan, se pueden observar valores moderados, estadísticamente significativos con puntos de corte de probabilidad asociada de a .05. y .01. Estos hallazgos corresponden a correlación de Calidad de Vida, Área de Salud Física con Actividades de Independencia; de Calidad de Vida, Área Psicológica con Actividades Recreativas Activas; de Calidad de Vida, Área Relaciones Sociales con Actividades recreativas pasivas y de Calidad de Vida, Área del Medio Ambiente con las Actividades Recreativas.

Tabla 77

Correlación de Adultas Mayores que **no trabajan**, con Áreas de Calidad de Vida y Áreas de Autoeficacia

Matriz de correlación: Adultas Mayores que no laboran (n=34)				
	Salud Física	Psicológica	Relaciones Soc.	Medio Ambiente
Independencia	.479**	.675**	.446**	.365*
Recreativas Pasivas	.358*	.491**	0.323	0.146
Recreativas Activas	.520**	.759**	.397*	0.331
Sociales	.365*	.577**	0.335	0.331
Protección a la Salud	-0.178	0.019	-0.334	-0.156
Coeficiente de correlación Spearman Rho, * = $p < .05$, ** = $p < .01$				

Elaborada por: LMR.

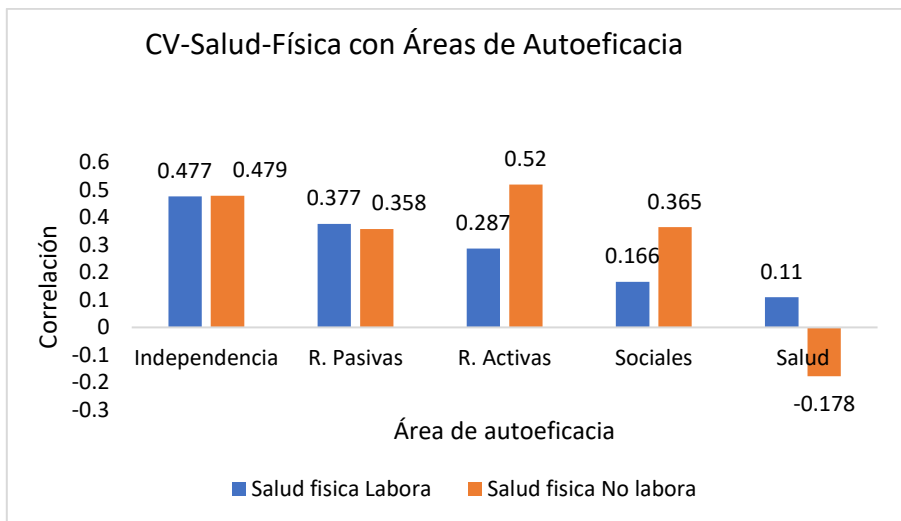
En la población de adultas mayores que no trabajan se encontraron algunas correlaciones de moderadas a altas y estadísticamente significativas en los siguientes rubros: Calidad de Vida-Salud-Física con Actividades de Independencia; Calidad de Vida-Salud-Física con Actividades Recreativas Pasivas; Calidad de Vida-Salud-Física con Actividades Recreativas Activas y Calidad de Vida-Salud-Física con Actividades Sociales.

Correlaciones similares incluyeron a la Calidad de vida-área-psicológica con Actividades de Independencia; con Actividades Recreativas Pasivas y Activas y con Relaciones Sociales. A su vez el Área Calidad de Vida-Medio-Ambiente correlacionó con Actividades de Independencia.

7.5.3.1 Gráficas sobre correlaciones.

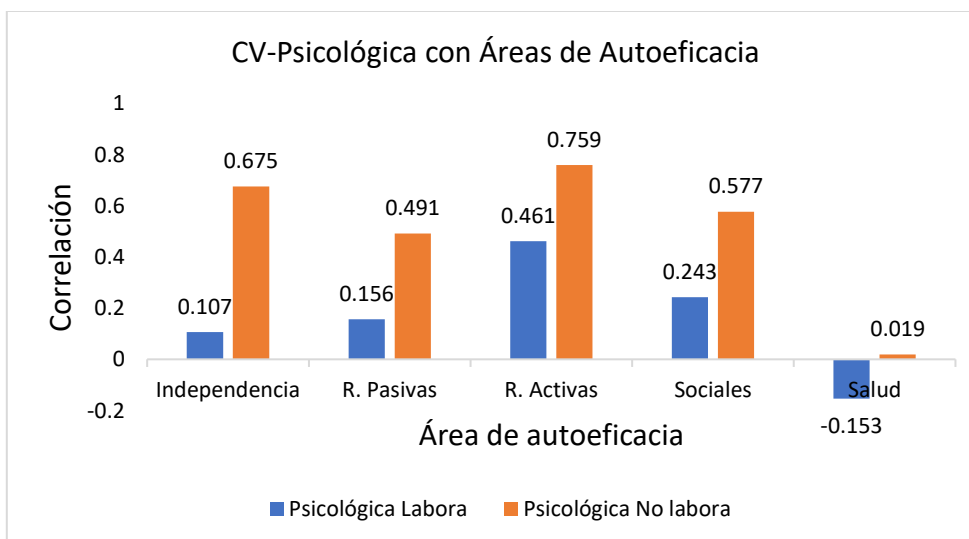
Gráfica 12

Correlación Calidad de Vida Salud Física y Auto eficacia



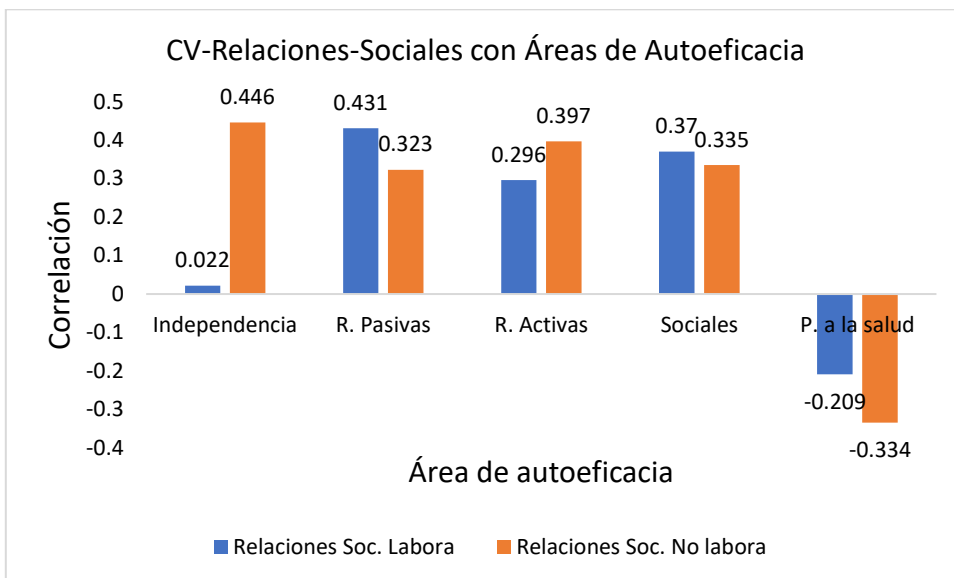
Gráfica 13.

Correlación Calidad de Vida Psicológica y Auto eficacia



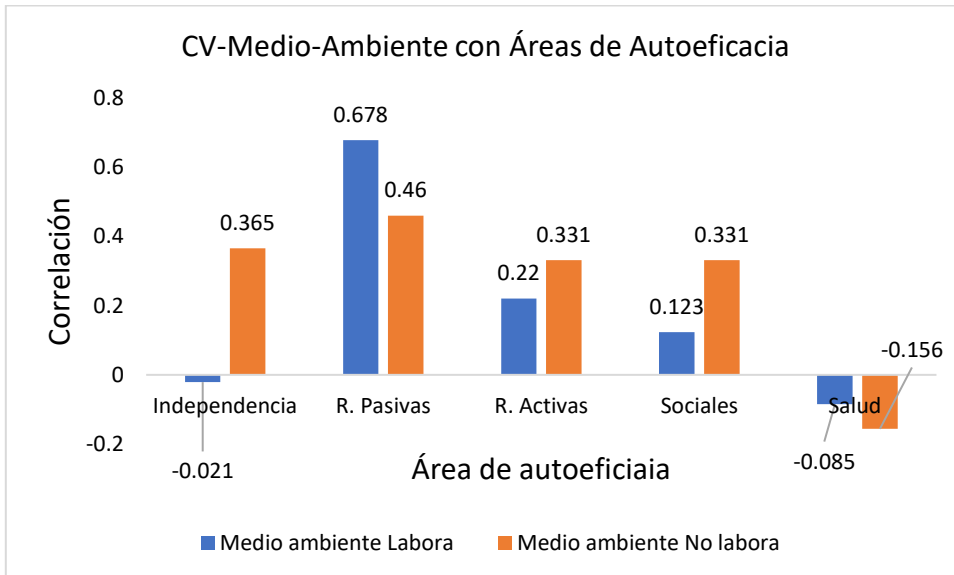
Gráfica 14.

Correlación Calidad de Vida Relaciones Sociales y Auto eficacia



Gráfica 15

Correlación Calidad de Vida Medio Ambiente y Auto eficacia



Codificación para observar conductas

Como se describió en la sección sobre medición la evaluación conductual de las adultas mayores se realizó en una sesión incluyendo las variables: distancia física (proxémica), expresión corporal, contacto visual y conducta verbal. Se observaban al inicio de la sesión y valoradas al final de esta en cada uno de los casos. En principio esta información suele facilitar la apreciación de factores tales como la veracidad del contenido verbal al mostrarse incongruencias entre el tono emocional de lo hablado y lo expresado facial y corporalmente.

Proxémica (distancia física)

Se determinó sobre la base del inicio de la sesión, una distancia de aproximadamente un metro entre el aplicador y la adulta mayor.

Tabla 78

Distancia física

	Frecuencia	Porcentaje
Alejamiento	5	8.3
Acercamiento	22	36.7
Estática	33	55.0

Elaborada por: LMR.

Sólo el 8.3% de la población (5 participantes), buscaron alejarse de la entrevistadora, 55% permaneció en la ubicación inicial (33 participantes) y el resto buscaron el acercamiento con la entrevistadora el 36.7%. Los dos últimos porcentajes representarían un grado razonable de familiaridad o confianza con la investigadora.

Expresión corporal

Si su comportamiento reflejaba tensión, relajación o no parecía expresar corporalmente algún tono emocional o emoción.

Tabla 79

Movimientos corporales

	Frecuencia	Porcentaje
Tensión	20	33.3
Relajación	24	40.0
Ninguno	16	26.7

Elaborada por: LMR.

El 40% del grupo de adultas mayores mostró un estado de relajación, tranquilidad y confianza; un 26.7% fue relativamente inexpresivo con sus movimientos corporales. Sin embargo, en algunos casos se observó aparente tensión a través de la sudoración de las manos, tocarse la cara, en un 33.3%, lo cual como representación de su lenguaje corporal podría, en principio relacionarse con conflictos emocionales con la familia, perdida de la pareja o de hijos aunque también podría representar algún grado inespecífico de incomodidad con la entrevistadora.

Contacto visual

Se refiere al contacto que tiene la evaluada con la cara y ojos de la entrevistadora.

Tabla 80

Contacto visual

	Frecuencia	Porcentaje
Vista al entrevistador	50	83.3%
No ve al entrevistador	10	16.7%

Elaborada por: LMR.

El 83.3 % de las evaluadas veían de forma directa a la entrevistadora y solo el 16.7% evitaban la mirada de la entrevistadora, principalmente cuando hablaban de situaciones conflictivas de ellas con la familia.

Conducta verbal

Aquí se registra cómo expresa su discurso la Adulta Mayor, (continuo, expresado por frases completas, dividido en frases, a través del silencio, etc.).

Tabla 81

Conducta verbal

	Frecuencia	Porcentaje %
Frases completas	60	100

Elaborada por: LMR.

Es importante señalar que las adultas mayores, en el 100% se expresaban de manera continua, fluida, clara y sin silencios notables o prolongados, sin dificultades especiales para expresarse y su lenguaje normalmente fue claro y no rebuscado.

DISCUSION

El objetivo del presente estudio consistió en explorar el nivel de asociación entre la actividad laboral y diversos elementos de la calidad de vida en adultas mayores de la ciudad de México y en el contexto semi-institucional de una Casa de Día.

Contexto sociodemográfico de las Participantes

Poco más de la mitad de las participantes no tiene pareja, lo cual, para efectos de las principales preguntas de investigación del presente estudio podría tener algunas implicaciones. En principio, una pareja podría funcionar como fuente de apoyo de la adulta mayor cuando la relación es funcional y relativamente bien avenida. Sin embargo, precisamente en poblaciones como la del presente estudio con alguna frecuencia existe la posibilidad de que la pareja tenga un padecimiento crónico que requiera cuidado. En estos casos normalmente las parejas más bién requieren cuidados constantes que acaban recayendo en la adulta mayor, aunque en el presente grupo de participantes sólo se encontró un caso claramente definido de esta circunstancia. Otra implicación puede ser que la ausencia de pareja, con los años propicie en las adultas mayores niveles un tanto más altos de autonomía e independencia y que la actividad laboral contribuya en alguna medida a este estado (Aguilar, J. et al 2013).

Aproximadamente una cuarta parte de las participantes tienen pareja y, además, ella o ambos tienen una ocupación laboral fuera de casa (formal o informal, habitualmente en comercio menor, cuidado y recolección en cultivos, etc.) lo cual las mantiene activas. En contraste, aproximadamente un 13% serían relativamente pasivas en el sentido de no tener actividades habituales específicas dentro o fuera de casa.

Otro posible indicador de autonomía e independencia se refleja en que una quinta parte de las participantes viven solas en casa de su propiedad. Aunque el resto de las participantes o vivían con la pareja,

con los hijos o con otro pariente, el presente estudio no buscó recolectar datos específicos sobre autonomía relativa en estas condiciones particulares, aunque es posible que la adulta mayor desempeñe un papel de relativa autoridad cuando vive con otros. En cambio, sí se dispone de datos que reflejan alguna autonomía a partir de la fuente de sustentación de las participantes, por ejemplo, casi 70% se sostiene con sus propios recursos y se perciben independientes a pesar de circunstancias que condicionarían su bienestar, tales como que cuatro de cada cinco depende de algún medicamento para sostener un estado de salud aceptable (Curcio, 2010).

También en el ámbito de la salud y en congruencia con lo señalado por los estudios epidemiológicos periódicos que realizan a la población las autoridades sanitarias de México, la mayoría de las participantes que están enfermas padecen diabetes o hipertensión; enfermedades típicas de la tercera edad aunque recientemente se encuentra en aumento su incidencia a edades más tempranas (Montoya, Montes de Oca 212).

Con respecto a escolaridad los resultados presentan una distribución bimodal con las dos frecuencias más altas en la escuela primaria, completa o incompleta (casi 42%) y en los niveles que incluyen secundaria completa y estudios técnicos o comerciales completos (35%). Estos resultados tienen cierto carácter de provisionales en virtud de que algunas de las participantes continuaban realizando algún tipo de estudio al momento de la recolección de los presentes datos. Es interesante señalar que una participante de 84 años de edad, sin escolaridad tiene su propia pequeña empresa y se percibe a sí misma *muy bien*, sana y con una economía que considera relativamente resuelta. Asimismo, habitualmente se supone que la escolaridad suele guardar una asociación relativamente directa con la actividad económica; si bien esto quizá suele ser el caso si se toma en cuenta una escala amplia de

ingresos, en la población explorada en el presente estudio no se aprecia una asociación notoria.

En sentido un tanto más anecdótico se identificó un caso de maltrato de adulta mayor a pesar de que cuenta con sus propios recursos y sin embargo, en sus entrevistas manifestó que prefiere continuar con las hijas que estar sola (el maltrato solía ser verbal por parte de una de sus hijas). Al menos al respecto de los hallazgos del presente estudio, si bien resultaría alentador que sólo se haya detectado un caso de maltrato, en principio, se trata de un problema ante el cual la sociedad en general y, en particular quienes se encargan formal o informalmente del cuidado de adultos mayores deberían adoptar una postura de cero tolerancia respecto de su ocurrencia (Arzate, Fuentes y Retel 2007).

Calidad de Vida

Los resultados del presente estudio corroboran, en lo general, que las Adultas mayores, mediante sus respuestas coinciden en identificar como áreas relevantes de la calidad de vida la autonomía, libertad, salud y adaptación a su entorno. En principio estos resultados reflejan la vigencia de los principales supuestos de la Teoría Activa y positiva en adultos mayores, y que el ambiente semi-institucional prevalente en la Casa de Día en efecto parece proveer características que les brindarían la oportunidad de sostener un trabajo activo, motivación y participación social (Argulo 2001).

En lo general las adultas mayores participantes mostraron una aceptable o buena calidad de vida incluyendo su estado de salud y suelen reaccionar adaptativamente cuando perciben síntomas o algo que las limita en este sentido (acudiendo a algún servicio médico). La mayoría se sienten seguras y autónomas en su medio ambiente, ya que lo consideran saludable y estable, se perciben con energía en su vida diaria

y la mayoría acepta su esquema corporal. Con alguna frecuencia participan en actividades recreativas o de diversión y la mayor parte del tiempo se pueden mover con libertad en las cercanías de su vivienda (OMS 2001 y 2002).

Algunas participantes presentan ciertos problemas en su atención y concentración aunque no en un extremo tal que implique un nivel notorio de disfuncionalidad. Con lo que respecta al dormir, la mayoría están satisfechas y, en el caso de las que participan en una actividad o vida laboral en la Casa de Día también manifiestan satisfacción con su vida diaria, con las actividades que realizan, con su estado psicológico, y con sus relaciones sociales (Ballesteros 2004), (Asili 2004).

Algunos rubros, sin embargo, representan áreas en las que su calidad de vida podría mejorar sensiblemente. Poco menos de la mitad de las participantes manifiestan sentimientos de tristeza, desesperación o depresión. La mayoría de las veces en que esto ocurría estaba relacionado con el fallecimiento de su pareja, la pérdida de sus hijos, o desatenciones u olvido y abandono por parte de la familia (Ballesteros 2004). En sentido de actividades cotidianas una queja frecuente se relacionó con problemas con el transporte público al cual consideran francamente inadecuado en el sentido de que no se les da su lugar o se sienten descalificadas.

En la medida complementaria del instrumento de calidad de vida (del WHOQOL-BREF) la mayoría de las participantes expresaron que su situación económica era medianamente aceptable, al igual que sus logros personales y (las que trabajaban) con su vida laboral. Es de destacarse que algunas expresaron satisfacción en sus necesidades afectivas, pero en ese sentido hay algunas que no reciben apoyo familiar. También es importante señalar que es más o menos común que se presenten sentimientos depresivos (Becerra s/a).

El posible papel de la actividad laboral

Las comparaciones en las variables de interés entre el grupo de participantes que trabajan y las que no trabajan revelaron algunos hallazgos interesantes: en general, las que no trabajan dan más importancia a las actividades recreativas activas, se sienten más seguras y perciben su Medio Ambiente como más confortable.

En las principales variables psicológicas, las que trabajan muestran ligeramente más salud psicológica, pensamientos positivos, autoestima, concentración y satisfacción con la vida y atribuyen a su nivel de actividad una mayor atención y preocupación hacia ellas mismas (Asili 2004).

En el ámbito de las Relaciones Sociales las que no trabajan indican que sus actividades están más orientadas hacia relaciones sociales y perciben más apoyo de la gente. En contraste, dentro de este rubro, la actividad sexual en el grupo que trabaja reflejó ligeramente mayor satisfacción.

En cuanto a Salud Física, las que trabajan puntuaron ligeramente más alto en variables que denotan energía para realizar sus actividades: mayor movilidad, mejor descanso al dormir y menor necesidad de atención médica que las que no trabajan. En principio se podría proponer que las que trabajan tienen menos oportunidad para preocuparse por las enfermedades en el sentido de notar más selectivamente síntomas relativamente agudos (dolor, incomodidad intensa, etc.) que síntomas crónicos típicos de los padecimientos de curso largo.

Comparando áreas generales, las que trabajan mostraron tres áreas ligeramente mejor conservadas que las que no trabajan: Área Psicológica, Relaciones Sociales y Salud Física. En contraste, las que no trabajan mostraron resultados comparativamente más positivos en el área de satisfacción con el Medio Ambiente. (Velasco-Rodríguez 2012).

Es de destacarse que estas diferencias entre las que no trabajan y las que sí, no resultaron estadísticamente significativas lo que sugiere que más bien se trata de tendencias que de diferencias definitorias del posible impacto del trabajo. En cuanto a la experiencia cotidiana de estar en la “Casa de Día” es probable que su mayor estructuración en actividades de alguna forma facilite una sensación de estabilidad y propósito (García 2005).

El análisis global de las demás variables también sugiere algunas tendencias identificables de funcionamiento entre las que trabajan y las que no trabajan, con las siguientes como principales: las que trabajan presentan ligeramente mejor autoeficacia que las que no trabajan. En actividades de independencia tales como las actividades recreativas *pasivas* las adultas mayores que no trabajan presentan medidas más altas que las que trabajan. En contraste, en las actividades recreativas activas las adultas mayores que trabajan presentan datos más positivos que las que no trabajan (Kastenbaum 1980), (Giro 2006).

De manera similar en el rubro de actividades sociales las adultas mayores que no trabajan muestran resultados ligeramente más positivos que las que trabajan; en contraste, en el rubro protección a la salud las adultas mayores que trabajan presentan resultados ligeramente mejores que las que no trabajan. Esto resulta congruente con el hallazgo de que las que trabajan presentan 3 actividades de autoeficacia superiores en comparación con 2 de las que no trabajan. En principio este resultado sugiere que las que trabajan son un tanto más independientes y activas. En cuanto actividades de recreación pasiva y relaciones sociales las que no trabajan presentan puntajes mayores que las que trabajan (González-Celis y Chávez 2009).

Nuevamente, los análisis estadísticos no arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre las participantes que trabajan y las que no trabajan en varias áreas, sin embargo en lo general sí ocurrieron

diferencias modestas en la dirección predicha por las hipótesis planteadas en la sección correspondiente.

Autoeficacia.

El análisis estadístico mediante correlaciones no paramétricas (Spearman) también reveló algunas asociaciones interesantes (y estadísticamente significativas) para las participantes que trabajan y las que no trabajan. En las que trabajan, se encontraron correlaciones moderadas de Calidad de Vida con Salud Física. En Actividades de Independencia, también hubo correlaciones moderadas de Calidad de Vida Psicológica con Actividades Recreativas Activas y de Relaciones Sociales con Actividades Recreativas Pasivas. Resultaron más fuertes las asociaciones de Calidad de Vida con Medio Ambiente y con Actividades Recreativas Pasivas.

Las correlaciones entre Áreas de Calidad de Vida y las de Autoeficacia en las adultas mayores que no trabajan, se encontraron correlaciones moderadas de Salud Física con Actividades de independencia y con Recreativas Activas, y baja de Recreativas Pasivas con Relaciones Sociales así como de Medio Ambiente con Actividades de independencia. Hubo alta correlación del Área de Aspectos Psicológicos con Actividades de Independencia y con Actividades Recreativas Activas (con Recreativas Pasivas fue moderada) así como con Relaciones Sociales.

Es de destacarse que se encontraron más correlaciones significativas en algunas variables entre las que no trabajan que entre las que trabajan. Excepto algunas, sin embargo, varias ocurrieron en el sentido que se esperaría según las teorías del envejecimiento activo y positivo. Un ejemplo de excepción es la asociación entre salud física y recreación pasiva. Habría que examinar más detalladamente si hay aspectos de esas dos variables que pudieran explicar el hallazgo. Posiblemente las que no trabajan, al disponer de más tiempo libre y no

tener responsabilidades específicas pueden poner más atención a aspectos concretos relacionados con su propia salud González-Celis, (2009).

Rapport y proxémica.

Finalmente, las observaciones directas sobre el comportamiento de las participantes a lo largo de las entrevistas señalan que muy pocas buscaron algún alejamiento postural de la investigadora y que la gran mayoría mostraron o expresaron estar relajadas. El contacto visual y los intercambios verbales con la entrevistadora fueron generalizados y con pocos silencios. Se puede proponer que estos hallazgos son congruentes con una recolección de datos confiable y muy poco sesgada en términos tanto de interacción interpersonal o de falta de validez ecológica, en virtud de haberse recolectado en los escenarios naturales cotidianos del desenvolvimiento de las participantes.

Conclusiones

Las principales conclusiones del presente estudio, si bien se basan en hallazgos derivados de una planeación que incluyó varias precauciones metodológicas pertinentes a la naturaleza cualitativa-cuantitativa del estudio, se pueden tomar como provisionales debido principalmente al número relativamente pequeño de participantes, a que los datos se recolectaron mediante una combinación de instrumentos psicométricos reunidos prácticamente por primera vez en esta línea de investigación en América Latina y a que las circunstancias de vida de las participantes pueden ser un tanto peculiares a la zona de su residencia y, por tanto a características sociológicas y culturales más o menos específicas.

En términos globales las adultas mayores tuvieron una calidad de vida superior a la media, se adaptan a su papel como adultas mayores cuando

hay oportunidad para realizar sus actividades, tienen buen descanso y calidad de sueño, realizan satisfactoriamente sus actividades cotidianas y se atienden medicamente cuando tienen que hacerlo.

En lo relativo a sus características y funcionamiento psicológico la mayoría se desenvuelven con conductas razonablemente adaptativas y sentimientos positivos. Su funcionamiento cognitivo es, en general aceptable, parecen tener una sensación de satisfacción en su vida y un nivel de autoestima que les permite ocuparse de ellas. Sin embargo hay algunos indicadores de sintomatología depresiva en proporciones notorias.

En cuanto a dimensiones interpersonales la mayoría de las participantes muestra interacciones normales, adecuada integración con su grupo de amigos y familiar, en relación al ambiente circundante en su zona de actividades cotidianas se sienten seguras en el sentido de no necesitar que las acompañen frecuentemente. En lo general perciben su medio como saludable y su economía, aunque con ingresos modestos les permite cubrir sus necesidades básicas; tienen acceso a algunas actividades recreativas y servicios de salud. En síntesis, excepto por una insatisfacción en lo sexual y respecto a la transportación pública las adultas mayores tienen una Calidad de Vida global dentro de la media para sus condiciones de vida.

Los resultados del instrumento complementario sobre calidad de vida permiten concluir que las adultas mayores en su mayoría presentan satisfacción en cuanto a su independencia, actividades recreativas, protección a su salud y en sus logros personales y laborales aunque sus necesidades afectivas se muestran resueltas en sólo un 50% aproximadamente. En general estos indicadores suelen asociarse con una calidad de vida Activa y aceptablemente Positiva.

Los resultados del análisis estadístico no paramétrico revelaron, sobre las cuatro áreas que integran la calidad de vida: (Salud Física, aspectos

Psicológicos, Relaciones sociales y Medio Ambiente), al no arrojar diferencias estadísticamente significativas podrían estar indicando que, aunque en la Casa de Día las actividades les permiten permanecer funcionales en cuanto vida activa, operaciones cognitivas, etc., quizá no proveen lo suficiente en las dimensiones afectivas como lo que ocurre en una familia más o menos integrada. Lo que sí es un tanto más notorio en el caso de las adultas mayores que trabajan (formal o informalmente) es que se matienen mantenerse activas y responsables de sus actividades, de sí mismas y de su economía con libertad y autonomía

La teoría activa y positiva del envejecimiento propone señala que las adultas mayores que no trabajan pueden resultar limitadas en su vida personal, reducido su medio de contacto social, con posibilidades de aislamiento y facilitando su dependencia del núcleo familiar o incluso el rechazo de la misma familia. En el presente estudio, pertenecer a la Casa de Adultos mayores les permitió realizar actividades de diversa índole incluyendo participar en diferentes convivios y paseos organizados por la Delegación, fomentando su propia socialización como grupo y permitiendo a un buen número de adultas mayores que no trabajan, una calidad de vida razonable y ser autónomas e independientes.

Aunque no de una manera muy contundente, la principal hipótesis de investigación resultó confirmada en el sentido de que las adultas mayores que siguen trabajando tienen una calidad de vida ligeramente mejor, incluyendo mejor estado de salud y una sensación de ser útiles y productivas.

En el caso del grupo de las adultas mayores que no trabajan, no se detectó aislamiento social notorio y el rechazo y maltrato familiar sólo ocurrió en una participante, por lo cual en este grupo el estudio no pareciera constituir un problema social. En cuanto a las propuestas iniciales esto indicaría que la segunda hipótesis de trabajo no se confirmó.

La comparación de los grupos de adultas mayores que trabajan y no trabajan reveló aspectos positivos y negativos diferentes, tales como la forma de integrarse con la familia, el grado de dependencia y la demanda de atención y afecto. Las que no trabajaban se preocupaban menos por estas situaciones, debido a que el ambiente social en el que estaban (la Casa de Día o su familia) les proporcionaba la atención que necesitaban.

Las adultas mayores que trabajan se perciben independientes en lo económico y como personas, lo que suelen interpretar como logro personal, las motiva y les ocasiona mejor autoestima. Es probable que (aunque a nivel anecdótico) esto las lleve a tener un mejor estado de salud, como expresaron varias adultas mayores *“si veo mi trabajo y me preocupo por él, no me preocupo por enfermarme”*. Aparentemente, lograr una buena autoestima, y autonomía personal, son elementos motivantes para la adulta mayor que trabaja. Es probable que las adultas mayores que trabajan, no se quieran ver en el papel de ser manejadas por el entorno familiar y social, en lo cual también influye su propia economía.

El trabajo tiene un papel importante en la vida de las adultas mayores, ya que les da identidad y las dirige a logros personales, laborales y en cada caso son diferentes, le permite mantenerse activas y ser productivas; ayuda a las adultas mayores a satisfacer sus necesidades, les evita tener una vida rutinaria, les permite estar activas mentalmente, adquirir mayor seguridad y que al estar en una constante actividad valorar sus capacidades, a nivel mental y motor, para poder seguir creciendo. Como señalan tantos autores, seguir siendo funcionales.

La Teoría del envejecimiento activo y positivo que se presenta en esta investigación, permite observar que en las adultas mayores que se mantienen activas, (aunque no necesariamente trabajando), como se observó en dos casos: una que sigue estudiando (su segunda carrera) y

otra con estudios de posgrado que se dedica a realizar labor social de tipo educativo.

Mantenerse activo, productivo, independiente, realizar deporte, ser autónomo, tener relaciones sociales, aprender cosas nuevas, parecen afirmarse como componentes del bienestar social, mental y físico del adulto mayor. Una edad avanzada no necesariamente limita la productividad y el bienestar de las adultas mayores, aunque se trata de una población vulnerable ya sea debido a algunas pérdidas o a que las mismas familias las hacen tomar un papel de sometimiento siguiendo patrones que la pareja o los hijos determinen.

Aunque no se investigaron directamente, las entrevistas generaron informaciones diversas sobre los tratos que reciben en familia, específicamente en función del género ya que frecuentemente era notorio que se daban más oportunidades al hombre que a la mujer. Con frecuencia las participantes tienen que ser cuidadoras de la pareja, o de los nietos y, además ser proveedora para contribuir a la economía en casa. En estudios futuros no sería sorprendente documentar con más precisión que, el estar siempre ocupadas y activas ocasionen un envejecimiento exitoso.

Sugerencias para estudios futuros

Con objeto de consolidar y ampliar los hallazgos del presente estudio se recomienda que investigaciones futuras en esta línea de trabajo incorporen acciones relacionadas con las siguientes recomendaciones:

- 1.- Integrar a participantes de la población masculina, ya que se podría obtener información importante sobre las diferencias de género de los adultos mayores respecto de las principales preguntas de investigación del presente estudio y y otras que resulten relevantes.

- 2.- Hacer una réplica sistemática del estudio con un número mayor de participantes a fin de lograr mejor representatividad y generalidad en los posibles hallazgos.
- 3.- Comparar la calidad de vida general con la calidad de vida laboral, en un grupo de adultos mayores que sigan trabajando.
- 4.- Proponer opciones para mejorar las políticas públicas sobre el cuidado del adulto mayor en instrumentar mecanismos para que esas políticas sean efectivas y se hagan valer.
- 5.- Explorar en poblaciones universitarias el papel del docente adulto mayor en el aula, su importancia y su aportación en las nuevas generaciones.
- 6.- Implementar campañas amplias de educación a la población en general a fin de que aprecien las contribuciones del adulto mayor y no se les maltrate, en vista de tratarse de un grupo vulnerable incorporando el efecto de la inclusión de material educativo sobre la importancia del adulto en los diferentes niveles de enseñanza.

Aportaciones del estudio

Se cuenta con datos que documentan mediante mediciones confiables una exploración del posible impacto de una vida laboral activa sobre el bienestar y la calidad de vida de grupos de adultas mayores dentro y fuera de un contexto semi-institucional de “Casa de Día”. Si bien no se puede afirmar que se trata de una relación causal, las diferencias entre varias comparaciones favorecieron ligeramente a las participantes que trabajan. Lo anterior en un contexto de muy escasas experiencias de investigación que documenten estas asociaciones en México.

A las adultas mayores se les brindó la oportunidad de un espacio para que externalizaran sus emociones y reflexionaran sobre su papel, que ellas mismas se valoraran y que el grupo al que pertenecen proporcione apoyo a una forma diferente de pensar sobre el envejecimiento. Varias adultas mayores percibieron sus posibilidades para el cambio y la posibilidad de fomentar sus competencias personales. A algunas se les hizo presente presente y se percataron de que son importantes por sí mismas, que tienen la fuerza y energía suficiente para realizar múltiples cosas y valorar sus capacidades.

Conocer las historias de otras adultas mayores probablemente les permitió darse cuenta de que hay diferentes formas de actuar, de protegerse de un posible maltrato y no permitir que otras personas las limiten si tienen la motivación y la fuerza para realizar diversas actividades. Cuando las pláticas eran grupales les permitió, al compararse con otras participantes, pensar en seguir participando en una vida laboral activa y colocarse en un papel de búsqueda de logros. La autoestima, independencia y vida activa, quedaron claros como elementos para mejorar su calidad de vida y tener una mejor esperanza de vida tanto en las que trabajan como en las que no trabajan.

Es probable que la aportación mayor de este estudio a las participantes es haberse dado cuenta que cumplir 60 años no es un límite para los adultos mayores. A lo más, se trata de un parteaguas convencional que permite analizar que sigue un camino por recorrer realizando diferentes actividades laborales, creativas, recreativas, de desarrollo, como propone la teoría del envejecimiento activo.

El futuro depara la disminución de la población de niños y jóvenes y mayor esperanza de vida para los adultos mayores. Es muy probable que una buena parte de la población de adultos mayores estén dispuestos a seguir dentro de la actividad laboral y buscar nuevos logros; la edad no es necesariamente una limitante y como dice Rita Levi-Montalcini (1909-2012), *“El cuerpo se me arruga, es inevitable, pero no el cerebro. Mantén tu cerebro ilusionado, activo, hazlo funcionar y nunca degenerará”*.

Referencias

- Aguilar, J., Álvarez, J., Fernández, M., Salguero, D. y Pérez-Gallardo, E. (2013). Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*
INFAD Revista de Psicología, 2 (1), 147-154.
Recuperado 20 septiembre 2017:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4416756>
- Alpizar, I. (2011). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Costa Rica*, 31 (42), 15-26.
Recuperado 9 septiembre 2017:
<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/3987/3829>
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de*
Arzate, J., Fuentes, G. y Retel, C. (2007). Desigualdad y vulnerabilidad en el colectivo de Adultos mayores en México y el Estado De México: Una revisión multidisciplinaria. *Quivera*, 9 (2), 231-262.
Recuperado 21 noviembre 2015:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40190209>
- Asili, N. (2004). *Vida plena en la vejez*. México: Pax México.
- APA. (2015). *Manual de Publicaciones de la American Psychological*. (6ed.). México: Manual Moderno.
Recuperado: diciembre 2017.
<https://es.slideshare.net/amicoguzman/referencias-bibliograficas-apa-6ta-edicin>
- Ballesteros, J. (2004). *Gerontología. Un saber multidisciplinario*. España: Universitas.
- Barbe, C. (2015). *Entre el trabajo y la jubilación: la vejez*. (Tesis de grado). Universidad de la República, Montevideo Fac. de Psicología.
Recuperado 21 noviembre 2015:
http://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tf_gbarbe.pdf
- Beade, A. (2012). *Los adultos mayores y la salud*. Profeco.
Recuperado 9 septiembre 2017:
https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2012/bol214_amayor_salud.asp
- Becerra, M. Depresión en el adulto mayor (s/a). *Salud Mental y Psiquiatría*. Fac. de Medicina UNAM.
Recuperado: 21 noviembre 2015
http://www.academia.edu/17250020/Depresion_Adulto_Mayor
- Belando, M. (2001). *Vejez física y psicológica*. Salamanca: Cáceres.
- Boltvinik, J. (1995). *Pobreza y estratificación en México*. Tomo X. México: INEGI
Recuperado 12 septiembre 2017:

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825491222/702825491222_1.pdf

Campbell, R. y Connell, Mc. (2003). *Economía Laboral*. (6 ed.). México: Mc Graw Hill. Cardona, D., Agudelo, G. y Byron, H. (2005). *Construcción cultural del concepto calidad de vida*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23 (1), 79-90.

Recuperado 21 noviembre 2015:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos *Derechos de los adultos mayores* (2012).

Recuperado 20 junio 2017:

http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/9_Cartilla_Adultos_Mayores.pdf

Consejo Nacional de Población, México. Secretaria de Gobernación (2015).

Recuperado 21 noviembre 2015:

<http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Conapo. *Conapo la situación demográfica de México 1999*. Secretaria de Gobierno.

Recuperado: 21 noviembre 2015:

http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_1999

Conapo. *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas* (1999). Secretaría de Gobierno. Recuperado 21 noviembre 2015:

http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_de_Mexico_Retos_y_Perspectivas

Conapred. *Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México* (2005).

Recuperado 15 noviembre 2017:

www.conapred.org.mx

http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=52&id_opcion=39&op=39

Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* (2002).

Recuperado 9 septiembre 2017:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ldpam.html>

Covadonga, C. (2012). *La vida en la jubilación*. México: Trillas.

Cruz, R. (2011). Retiro laboral y ajuste a la jubilación de hombres y mujeres en la mediana edad. *Universidad de costa Rica*, 11 (1), 1-28.

Recuperado 10 octubre 2017:

<http://www.redalyc.org/pdf/447/44718060016.pdf>

Curcio, C. (2010). Investigación y envejecimiento. *Revista hacia la promoción de la salud*, 15 (1), 144-166.

Recuperado mayo 2017:

file:///C:/Users/laura/OneDrive/Documentos/candidatureoriagerontologica_mayo_17309126693011.pdf

Davis, K. (1991). *Comportamiento Humano en el Trabajo* (8 ed.). México: McGraw-Hill.

Da Silva, R. (2002). *Teorías de la Administración*. México: Thompson.

- Diccionario de la lengua española (2001). *De la Real Academia Española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Dione, G. y Reig, E. (2002). *Reto al cambio*. México: McGraw-Hill.
- Dorsch, F. (1985). Calidad de vida en el trabajo. Garduño, L., Salinas, B. y Rojas, M. (Coordinadores, 2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
Recuperado 21 noviembre 2015:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/arredondo_c_am/capitulo2.pdf
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. y Vázquez, L. (2013). *Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal*. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas.
Recuperado 21 noviembre 2015:
<https://www.google.com.mx/#q=despresion+y+funcion+cognitiva+durán+badillo+2013>
- Escuela Andaluza de Salud Pública (2015). Jornada Envejecimiento Activo y Saludable +50. *Consejería de Salud* (16 de septiembre 2015) pp.1-26
Recuperado 8 octubre 2016:
<http://www.easp.es/jornada-envejecimiento-activo-y-saludable-50/>
- Fernández, B. (2000). *Gerontología*. España: Pirámides.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. y Iñiguez, J. (2005). Geriatria y Gerontología. *Revista Española*, 40, 92-103.
Recuperado 11 mayo 2016:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X05748344>
- García, M. (2005). Ocio en las personas mayores. *Deporte y actividad física para todos*, (3), 17-28.
Recuperado 21 noviembre 2015:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2710935>
- Garduño, L., Salinas, B. y Rojas, M. (2005). (Coordinadores). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- Garrido, M. (1992). El trabajo desde la perspectiva psicoanalítica. Schvarstein, L. y Leopold, L. (2005). (Compiladores) *Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario*. México: Paidós. p.51
- Giro, M. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento positivo*. España: Universidad de la Rioja.
- González-Celis, A. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. México: Manual Moderno.
- González-Celis, A., Tron, R. y Chávez, M. (2009). *Evaluación de Calidad de Vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores en México*. México: UNAM.
- Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa.
- Ham, R. y Gutiérrez L. (2005). *Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México*.

- México: Sabe.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5 ed.). México: McGraw Hill.
- Hillman, J. (1999). Re imaginar la psicología. Garduño, L., Salinas, B. y Rojas, M. (2005) (Coordinadores). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés p.58
- INAPAM. El empleo digno es un derecho a cualquier edad, reitera el Inapam. Cuernavaca, Morelos, 16 de octubre de 2015.
Recuperado 21 noviembre 2015:
<http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Comunicados/1015/el-empleo-digno-es-un-derecho-a-cualquier-edad-reitera-el-inapam>
<http://morelos.gob.mx/?q=firma-el-gobierno-estatal-convenio-con-inapam>
- INEGI (2005). *Los adultos mayores en México*. México: INEGI.
Recuperado 21 noviembre 2015:
http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- INEGI (2014) *Perfil sociodeográfico de los adultos mayores*. México: INEGI.
Recuperado 21 noviembre 2015:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
www.inegi.org.mx/osistemas/glosario/paginas
- INEGI (2015). Anuario estadístico y geográfico del D. F.
Recuperado: 15 agosto 2018.
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2015/702825076924
- Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado. Tramites del ISSSTE para trabajadores, pensionados, jubilados o derechohabientes (6 de septiembre de 2017).
Recuperado 9 septiembre 2017:
<http://www.issste.gob.mx/adultosmayores>
- Instituto para la atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México. *Derechos de las personas mayores en la CdMx*. (7 marzo 2000).
Recuperado 9 septiembre 2017:
<http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/comunicacion/boletines/246-derechos-de-las-personas-mayores-en-la-cdmx>
<https://www.gob.mx/tramites/ficha/pago-de-pension-garantizada-en-el-regimen-de-cuenta-individual-del-issste/ISSSTE511>
<https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/pension-del-issste-por-jubilacion>
<http://www.issste.gob.mx/pensiones/tipospensionesdt.html>
<http://www.issste.gob.mx/pensiones/tipospensiones.html#tpmodpago>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Solicitud de Pensión, de Cesantía, en Edad

- Avanzada o Vejez. (8 agosto 2016).
Recuperado 9 septiembre 2017:
<http://www.imss.gob.mx/tramites/imss01002>
- Krassoievitch, M. (2001). *Psicoterapia geriátrica*. México: F. C. E.
- Magnus, G. (2011). *La era del envejecimiento*. México: Océano.
- Martínez, B. La intervención profesional del psicólogo ante el despido: una alternativa de intervención (2002). Schvarstein, L. y Leopold, L. (2005). (Compiladores). *Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario*. México: Paidós p. 52
- Matrajt, M. (2002). Subjetividad, Trabajo e Institución. Schvarstein, L. y Leopold, L. (2005). (Compiladores). *Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario*. México: Paidós p. 51
- Recuperado 21 noviembre 2015:
<http://www.psicologiagrupal.cl/documentos/articulos/subtrainti.html>
- McConnell, C., Brue, S. y Macpherson, D. (2003). *Economía Laboral*. (6 ed.). España: McGraw Hill.
- Montes de Oca, V. Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Revista Renglones*, 62, 159-181
Recuperado 21 nov. 2015: <http://hdl.handle.net/11117/235>
http://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/235/art_8_Pensar_la_vejez-Veronica_Montes_de_Oca.pdf?sequence=2
- Montoya, B. y Montes de Oca, H. Encuesta sobre envejecimiento demográfico en el Estado de México (2011). *ESEDEM Edo. de México*.
Recuperado 13 septiembre 2017:
http://web.uaemex.mx/cieap/libros/11_encuesta/11_encuesta.html
- Moragas, R. (2004) *Gerontología Social*. Barcelona: Herder.
- Nieto, L. (2015). *Estudio sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas*. (Tesis Doctoral). Universidad de Coruña.
Recuperado 9 septiembre 2017:
http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16134/NietoRiveiro_Laura_T_D_2015.pdf?sequence=4
- Organización Mundial de la Salud (2001, 2002). Envejecimiento activo: un marco político. Texto traducido por el Dr. Pedro J. Regalado Doña. *Rev. Esp. Geriatria*. 74-105.
Recuperado 12 mayo 2017:
http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
<http://www.who.int/hpr/ageing>,
<http://www.carold.ca/en/alan-thomas-fellowship/fellows/peggy-edwards/>
- Organización Mundial de la Salud. Calidad de Vida. (2005).
Recuperado 12 mayo 2017:
<http://vidacalida.blogspot.mx/2010/12/oms-calidad-de-vida-2005.html>

Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud* (2015).

Recuperado 13 septiembre 2017:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1

Orozco, M., Reyes, L., Robles, L. y Vázquez, F. (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: Plaza y Valdés.

Padilla, P. La Gestión del reconocimiento en la Administración Pública (2013.) *Revista de trabajo y seguridad social*. (364), 189-206.

Recuperado 21 noviembre 2015:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4293976>

Palloni, A., Pint-Aguirre, G. y Peláez, M. (2002). Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Epidemiology*,

31 (4), 762-771. Doi.org/10.1093/ije/31.4.762

Recuperado 9 septiembre 2017:

<https://doi.org/10.1093/ije/31.4.762>

<http://ije.oxfordjournals.org/content/31/4/762.full.pdf+html>

Paz, J. (2010). Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe. Sector del Empleo *Documento de Trabajo*. (56).

Recuperado 21 noviembre 2015:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@emp_policy/documents/publication/wcms_140847.pdf

Romero, M. (2004). Demografía de la vejez. Asili, N. (2004) (Compiladora). *Vida plena en la vejez*. México: Pax México p. 2

Ruiz, F. y Hernández, M.(2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia familiar. *Archivo en medicina familiar*, 11 (4), 147-149.

Recuperado 13 septiembre 2017:

<http://www.redalyc.org/pdf/507/50719071001.pdf>

Paidós.

Secretaría de Desarrollo Social (2015). Programas Adultos Mayores.

Recuperado 9 septiembre 2017:

<http://www.2006->

[2012.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Pension_para_adultos_mayores](http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Pension_para_adultos_mayores)

<https://www.gob.mx/sedesol/acciones-y-programas/pension-para-adultos-mayores>

http://www.tramites.cdmx.gob.mx/tramites_servicios/muestraInfo/301

Sedesol, Inapam y ST (19 de octubre de 2017).

Recuperado 4 octubre 2018:

<https://www.gob.mx/sedesol/articulos/inapam-impulsa-la-inclusion-laboral-de-los-adultos-mayores-en-el-estado-de-mexico>

Valdés, L. (2000). *Población reto del tercer milenio*. México: Porrúa.

Velasco-Rodríguez, R., Godínez-Gómez, R., Mendoza-Pérez, R., Torres-López M., Moreno-Gutiérrez, I., Hilerio-López, A. (2012). Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima. *México Revistas de Enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 20 (2), 91-96 Recuperado 9 septiembre 2017 de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2012/eim122f.pdf>

Wahrendorf M. (2015). Previous employment histories and quality of life in older ages: sequence analyses using SHARELIFE. *Ageing and Society*, 35, 1928-1959.

Doi:10.1017/S0144686X14000713

Zepeda, F. (1999). *Psicología organizacional*. México: Pearson.

PERIODICOS

Rizo, J. (25 de abril de 2012). Crece tendencia para contratar adultos “mayores”. *El economista*. p. 1

Recuperado 16 de junio de 2018.

<http://eleconomista.com.mx/finanzas-personales/2012/04/25/crece-tendencia-contratar-adultos-mayores>

<https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/Crece-tendencia-para-contratar-adultos-mayores-20120425-0079.html>

ENTREVISTA.

Alalú, L. (25 de noviembre de 2016). Directora de Consultoría del Great Place to Work de Perú. Entrevista: La importancia en la calidad de vida en el trabajo. *Corresponsables*.

Recuperado 9 de septiembre de 2017:

<http://www.corresponsables.com/actualidad/la-importancia-de-la-calidad-de-vida-en-el-trabajo>

APENDICES

Apéndice I. Carta de presentación Cuestionarios adulta mayor.

Buenos días (tardes):

Permítame recordarle mi nombre y la siguiente información. Soy la Psicóloga Laura Martínez. Actualmente estoy realizando una investigación para mi tesis doctoral dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México sobre adultos mayores.

Para cumplir con la investigación, le solicito atentamente me ayude respondiendo a las siguientes preguntas, la información aportada será tratada de forma confidencial y anónima.

Los datos proporcionados de igual forma, serán trabajados de manera anónima, en forma grupal y no en forma individual, por lo que no será posible identificar a ningún participante por sus respuestas.

Le agradezco su participación y apoyo para la realización de la presente investigación.

(Autora: LMR.)

		<i>Muy mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Ni mala Ni buena</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
1	En general ¿cómo evaluaría su calidad de vida? o sea, ¿la forma en que vive?	1	2	3	4	5

		<i>Muy insatisfecha</i>	<i>Insatisfecha</i>	<i>Satisfecha a medias</i>	<i>Satisfecha</i>	<i>Muy satisfecha</i>
2	¿Qué tan satisfecha está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son sobre cuánto le han pasado algunas cosas en las **últimas dos semanas**:

		<i>Nada en lo absoluto</i>	<i>Un poco</i>	<i>Medianamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muchísimo</i>
3	Cuándo le duele algo, ¿qué tanto le impide hacer lo que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita atención del médico?	1	2	3	4	5
5	¿Qué tanto disfruta usted de su vida?	1	2	3	4	5
6	¿Le parece que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Se puede usted concentrar?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan segura se siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	El ambiente en el que vive ¿es saludable?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son sobre qué tanto le parecen algunas cosas, o ha podido hacerlas en las últimas dos semanas.

		<i>Muy poco</i>	<i>Poco</i>	<i>Medianamente</i>	<i>La mayor parte del tiempo</i>	<i>Mucho, casi siempre</i>
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria? ¿qué tantas ganas?	1	2	3	4	5

11	¿Qué tanto le parece bien cómo se ve? su apariencia corporal	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para sus necesidades personales?	1	2	3	4	5
13	¿Cuenta con la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tanto puede participar en actividades de diversión o entretenimiento?	1	2	3	4	5
15	¿Se siente capaz para moverse por su colonia?	1	2	3	4	5

En las últimas dos semanas:

		<i>Muy insatisfecha</i>	<i>Insatisfecha</i>	<i>Ni satisfecha ni insatisfecha</i>	<i>Satisfecha</i>	<i>Muy satisfecha</i>
16	¿Qué tan satisfecha está con su sueño? ¿qué tal duerme?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tanto le satisface poder hacer sus actividades diarias?	1	2	3	4	5

		<i>Muy insatisfecha</i>	<i>Insatisfecha</i>	<i>Ni satisfecha ni insatisfecha</i>	<i>Satisfecha</i>	<i>Muy satisfecha</i>
18	¿Está satisfecha con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecha con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecha está con sus relaciones con otros o cómo se lleva con otros?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecha está	1	2	3	4	5

	con su vida sexual?					
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le dan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecha está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecha está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecha está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere cómo se ha sentido en las dos últimas semanas.

		<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
26	¿Qué tanto ha tenido sentimientos como tristeza, desesperación, angustia o enojo?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? (No preguntar si se hizo como entrevista)

Tiempo que tomó completar esta forma _____

¿Tiene usted algún comentario sobre las preguntas de esta evaluación?

¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!

* Adaptado de la versión original en castellano (Dr. Juan José Sánchez Sosa y Dra. Ana Luisa González Celis)

Apéndice III. Cuestionario de Calidad de Vida

Cuestionario de Calidad de vida	
1. ¿Cómo describiría su situación económica actual?	a) () Muy insatisfactoria b) () Insatisfactoria c) () Término medio d) () Satisfactoria e) () Muy satisfactoria
2. ¿La apoya su familia?	a) () Nunca o casi nunca b) () Pocas veces c) () A veces sí y a veces no d) () Muchas veces e) () Siempre o casi siempre
3. ¿Está satisfecha con sus logros personales?	a) () Muy insatisfecha b) () Insatisfecha c) () Indiferente d) () Satisfecha e) () Muy satisfecha
4. ¿Está satisfecha con su vida laboral o estuvo satisfecha con su vida laboral?	a) () Muy insatisfecha b) () Insatisfecha c) () Indiferente d) () Satisfecha e) () Muy satisfecha
5. ¿Tiene satisfechas sus necesidades afectivas?	a) () Muy insatisfecha b) () Insatisfecha c) () Indiferente d) () Satisfecha e) () Muy satisfecha
6. Comentarios adicionales del entrevistado.	

(Autora: LMR.)

<p>10. ¿Cuánto recibe de pensión?</p> <p>a) () Menos de \$1000 b) () \$1001 a \$3000 c) () \$3001 a \$6000</p> <p>d) () \$6001 a 10000 e) () \$10001 a \$15000 f) () \$15001 a \$20000</p> <p>g) () Más de \$20000</p>
<p>11. Si trabaja de manera formal, ¿Cuáles son sus ingresos?</p> <p>a) () Menos de \$1000 b) () \$1001 a \$3000 c) () \$3001 a \$6000 d) () Más de \$6000</p>
<p>12. De manera formal, ¿Hace cuántos años que no trabaja?</p> <p>a) () Menos de un año b) () 1 a 3 años c) () 4 a 8 años</p> <p>d) () 9 a 15 años e) () Más de 15 años f) () Nunca he trabajado de manera formal</p>
<p>13. Si trabaja de forma informal, ¿Cuáles son sus ingresos?</p> <p>a) () Menos de \$1000 b) () \$1001 a \$3000 c) () \$3001 a \$6000</p>
<p>14. De manera informal, ¿Hace cuántos años que no trabaja?</p> <p>a) () Menos de un año b) () 1 a 3 años c) () 4 a 8 años</p> <p>d) () 9 a 15 años e) () Más de 15 años f) () Nunca he trabajado de manera informal</p>
<p>15. ¿Tiene pareja?</p> <p>a) () Sí b) () no Si contesta Sí, siga a la pregunta 17</p>
<p>16. ¿Hace cuánto tiempo que no tiene pareja?</p> <p>a) () Menos de un año b) () 1 a 5 años c) () 6 a 10 años d) () 11 a 15 años e) () Más de 15 años</p>
<p>17. ¿Edad de la pareja?</p> <p>a) () Menos de 40 años b) () 40 a 50 años c) () 51 a 60 años</p> <p>d) () 61 a 70 años e) () 71 a 80 años f) () Más de 81 años</p>
<p>18. Actividad principal de la pareja</p> <p>a) () Casa b) () Trabajo formal c) () Trabajo informal d) () Diversiones</p> <p>e) () Estudiar f) () Viajar g) () Recibir atención médica h) () Nada</p>
<p>19. ¿Cuántos hijos tiene?</p> <p>a) () Ninguno b) () 1 c) () 2 d) () 3</p> <p>e) () 4 f) () 5 g) () Más de 5</p>
<p>20. ¿Los hijos dependen económicamente de usted?</p> <p>a) () Sí b) () No</p>
<p>21. La casa/departamento donde vive:</p> <p>a) () Propia b) () Rentada c) () Prestada</p> <p>d) () De la pareja e) () Hijos f) () Otro ¿Cuál?.....</p>
<p>22. ¿Con quién vive?</p> <p>a) () Sola b) () Pareja c) () Hijos d) () Hermanos</p> <p>e) () Parientes f) () Amigos g) () Personas de tercera edad (casa hogar)</p>

23. ¿Usted depende económicamente de?		
a) () Hijos	b) () Pareja	c) () Parientes
d) () Amigos	e) () De sus propios recursos	f) () Otro ¿Cuál?.....
24. Usted tiende a (puede elegir varios)		
a) () Fumar cigarros	b) () Beber alcohol	c) () Tomar medicamentos
d) () Fumar marihuana	e) () Juegos de apuesta	f) () Ninguna g) () Otra ¿Cuál?.....
25. A cuánto ascienden sus gastos mensuales (¿cuánto gasta mensualmente?)		
a) () Menos de \$1000	b) () \$1001 a \$2500	c) () \$2501 a \$4000
d) () \$4001 a \$7000	e) () \$7001 a \$10000	f) () \$10001 a \$15000
g) () \$15001 a \$ 20000	h) () Más de \$20000	i) () No hay una cantidad fija
j) () No lo se		

(Autora: LMR.)

Apéndice V. Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para la realización de actividades de la Vida Diaria en Ancianos

Instrucciones: A continuación, se le preguntará a la adulta mayor si realiza cada una de las siguientes actividades, y ella solo contestará Sí o No, sin pedir más explicación; pero si ella quiere realizar algún comentario adicional lo puede hacer.

I. ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	SÍ o NO
1. <i>Se baña sola, sin ayuda</i>	Sí o No
2. <i>Se viste sola, sin ayuda</i>	Sí o No
3. <i>Come sola, sin ayuda</i>	Sí o No
4. <i>Usted prepara su comida, sopa</i>	Sí o No
5. <i>Usted hace la limpieza de su habitación, de su casa</i>	Sí o No
6. <i>Los objetos de su casa siempre están en su lugar</i>	Sí o No
7. <i>Usted lava su ropa a mano, con máquina</i>	Sí o No
8. <i>Plancha su ropa</i>	Sí o No
9. <i>Se maquilla, se pinta las uñas, se preocupa de la ropa que se va a poner</i>	Sí o No
10. <i>Usted dice lo que se va a comprar en su casa</i>	Sí o No
11. <i>Sale a caminar por los parques</i>	Sí o No
12. <i>Sale a trabajar</i>	Sí o No
13. <i>Va a los centros comerciales, tianguis, a comprar lo que usted necesita</i>	Sí o No
14. <i>Va sola al salón de belleza a que le corten el pelo, se lo pinten</i>	Sí o No
15. <i>Va al banco para sacar o depositar dinero, pagar servicios</i>	Sí o No
16. <i>Utiliza transporte público como metro, micro, taxi</i>	Sí o No
17. <i>Maneja coche</i>	Sí o No
18. <i>Resuelve asuntos pendientes</i>	Sí o No
19. <i>Al presentarse una "X" situación, un conflicto, usted dice que hacer, usted toma la decisión</i>	Sí o No

II. ACTIVIDADES RECREATIVAS PASIVAS	SÍ o NO
1. <i>Usted lee libros, revistas, cuentos</i>	Sí o No
2. <i>Usted escribe cartas, recados</i>	Sí o No
3. <i>Usted estudia</i>	Sí o No
4. <i>Ve televisión</i>	Sí o No
5. <i>Ve películas de video en casa</i>	Sí o No
6. <i>Ve sus fotos</i>	Sí o No
7. <i>Escucha el radio</i>	Sí o No
8. <i>Descansa durante el día</i>	Sí o No
9. <i>Duerme durante el día</i>	Sí o No
10. <i>Usted pinta, dibuja, ilumina</i>	Sí o No
11. <i>Usted hace manualidades</i>	Sí o No
12. <i>Usted cose, teje, borda</i>	Sí o No
13. <i>Juega domino, serpientes y escaleras, Oca, lotería</i>	Sí o No
14. <i>Juega resolviendo crucigramas, sopa de letras, buscando objetos escondidos en un dibujo</i>	Sí o No
15. <i>Usted arma rompecabezas</i>	Sí o No
16. <i>Toca algún instrumento musical como la guitarra, flauta, piano</i>	Sí o No

III. ACTIVIDADES RECREATIVAS ACTIVAS	SÍ o NO
1. <i>Usted sale a caminar</i>	Sí o No
2. <i>Usted sale a correr</i>	Sí o No
3. <i>Usted nada</i>	Sí o No
4. <i>Usted hace ejercicio</i>	Sí o No
4.1 <i>Hacer aerobics</i>	Sí o No
4.2 <i>Hacer yoga</i>	Sí o No
4.3 <i>Hacer otro deporte</i>	Sí o No
5. <i>Usted baila y/o canta</i>	Sí o No
6. <i>Si tiene plantas en su casa, en su jardín, usted las cuida</i>	Sí o No
7. <i>Usted cuida a su perro, gato y/o pájaros</i>	Sí o No
8. <i>Cocina en casa</i>	Sí o No
9. <i>Hace pasteles y galletas en casa</i>	Sí o No
10. <i>Usted hace reparaciones en casa, si se le descompone la plancha, ¿usted la compone?</i>	Sí o No

IV. ACTIVIDADES SOCIALES	SÍ o NO
1. <i>Visita a sus amigas, amigos</i>	Sí o No
2. <i>Va a visitar a sus familiares</i>	Sí o No
3. <i>Visita a enfermos</i>	Sí o No
4. <i>Cuida a niños, o a sus nietos</i>	Sí o No
5. <i>Juega con los niños</i>	Sí o No
6. <i>Ayuda a sus nietos o a algún niño en sus tareas de la escuela</i>	Sí o No
7. <i>Va a lugares de diversión</i>	Sí o No
8. <i>Va a fiestas</i>	Sí o No
9. <i>Va al cine o al teatro</i>	Sí o No
10. <i>Visita museos</i>	Sí o No
11. <i>Va los domingos a misa o cualquier otro día</i>	Sí o No
12. <i>Participa en las actividades que se dan en la iglesia, catequismo, cuidar la iglesia en limpieza, mayordomía</i>	Sí o No
13. <i>Participa en su comunidad como hacer publicidad de las actividades que hace la iglesia, en campañas de salud, vacunación</i>	Sí o No
14. <i>Hace obras de caridad como visitar enfermos</i>	Sí o No
15. <i>Platica con familiares y amigos</i>	Sí o No
16. <i>Cuando ve a sus vecinos platica con ellos</i>	Sí o No
17. <i>Habla por teléfono con amigas, amigos y familiares</i>	Sí o No
18. <i>Sale de paseo</i>	Sí o No
19. <i>Participa en la organización de eventos de la Casa del Adulto Mayor</i>	Sí o No
20. <i>Si las condiciones lo permiten, llega a iniciar una nueva amistad</i>	Sí o No

V. ACTIVIDADES DE PROTECCION A LA SALUD	SÍ o NO
1. <i>Hace alguna dieta</i>	Sí o No
2. <i>Se alimenta de forma nutritiva</i>	Sí o No
3. <i>Duerme lo necesario para descansar</i>	Sí o No
4. <i>Toma los medicamentos que su médico o la gente le indica</i>	Sí o No
5. <i>Va a ver a su médico cuando lo necesita</i>	Sí o No
6. <i>Va a revisión con el dentista</i>	Sí o No
7. <i>Va a visitar al huesero, curandero, homeópata, hierbero, etc.</i>	Sí o No
8. <i>Se hace sus análisis de laboratorio</i>	Sí o No

VI. ACTIVIDADES PERJUDICIALES PARA LA SALUD	SÍ o NO
1. Auto-recetarse medicinas	Sí o No
2. No sigue las instrucciones del médico	Sí o No
3. No sigue las indicaciones de la gente, para cuidar su salud	Sí o No
4. Come alimentos dañinos para su salud como carnes <i>rojas (cerdo, res) chatarra</i>	Sí o No
5. Tiene episodios de llanto y/o tristeza	Sí o No
6. Grita, se enoja o pelea	Sí o No

(Tesis doctoral de la Dra. Ana Luisa González Celis)

Apéndice VI. Codificación de observación

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Distancia física	Alejamiento
	Acercamiento
	Estático
Movimientos corporales	Tensión
	Relajación
	Ninguno
Conducta visual	Al sujeto
	A otra parte
Conducta verbal	Frases completas
	Frases dicotómicas
	Silencios

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (p. 320)

Apéndice VII. Descripción y Fotos de la Casa de Adultos Mayores “Nuevo Amanecer” en San Andrés Ahuayucan Xochimilco.

Casa del adulto mayor “Nuevo Amanecer”, del Pueblo de San Andrés Ahuayucan, Delegación de Xochimilco; el lugar está ubicado dentro de la Cd. de México.

Se encuentra aproximadamente a 8 Kms. del Centro de Xochimilco.

El nombre del Pueblo significa “lugar donde hay agua pura”.

La zona es semirrural, donde se ven zonas grandes donde se tienen plantíos y se cultivan verdolagas, espinacas, papas, cebollas, jitomates, Flor de calabaza, lechugas, romanitas, flores de época como flor de muertos, nochebuena y rosales. Con respecto al ganado se tienen caballos, cerdos, burros, vacas, toros, pollos. Se tiene líneas de camiones de transporte público, bases de taxis y taxis piratas. Se cuenta con farmacias, Centro de Salud, Médicos, tiendas de abarrotes, carnicerías, salones de belleza, tintorerías, tiendas de materiales de construcción y pinturas. Hay escuelas preescolares, primarias y secundarias, tanto privadas como de gobierno.

El lugar cuenta con Servicios públicos como agua, luz, banquetas, drenaje, líneas telefónicas, internet, drenaje. Módulos de policías, patrullas que constantemente vigilan el lugar. Las vías de acceso al lugar están pavimentadas.

Con respecto a cuestiones culturales, el 30 de noviembre festejan la fiesta de San Andrés que es el patrono de la iglesia del lugar, el festejo dura una semana, con bailes, juegos pirotécnicos. Se festeja también el 12 de diciembre el día de la Virgen de Guadalupe, día de muertos, 24 y 31 de diciembre.

El nivel socio económico de las personas que viven en el lugar, es muy variado; desde nivel económico alto, medio y bajo; este último habitando casas de adobe, lamina y cartón. En el lugar si se presenta alcoholismo y drogadicción y bajo índice de delincuencia.

Casa de Adultos Mayores “Nuevo Amanecer”, los establecimientos comerciales impiden que se visualice con facilidad. La entrada principal por el área pública se encuentra en la esquina de la Calle Benito Juárez y Carretera Camino a San Pablo. Pueblo de San Andrés Ahuayucan.



[1. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018)

Entrada a la Casa de día “Nuevo Amanecer de Adultos Mayores”



[2. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2017).

Kiosco y canchas deportivas dentro del mismo predio.



[3. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2017).

Centro comunitario y canchas deportivas



[4. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2017).

Biblioteca



[5. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2017).

Grupo de adultas mayores en ocio.



[6. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2017).

Grupo de adultas mayores en ocio.



[7. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. de Mex. 2017).

Altar a la Virgen de Guadalupe.



[8. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2017).

Predio que se rentan para las fiestas del pueblo. Calles arboladas.



[9. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018).



[10. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018)

Predio donde cultivan maíz.



[11. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018).

Jardín de niños.



[12. Fotografía de LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018).

Calle de San Andrés.



[13. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018).

Calle de San Andrés.



[14. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018).

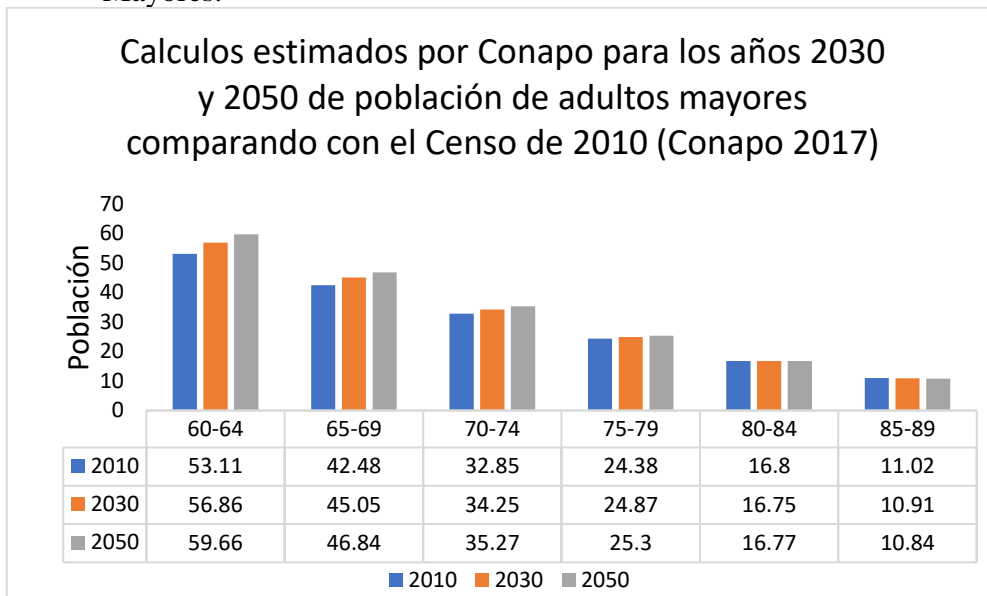
Calle de San Andrés.



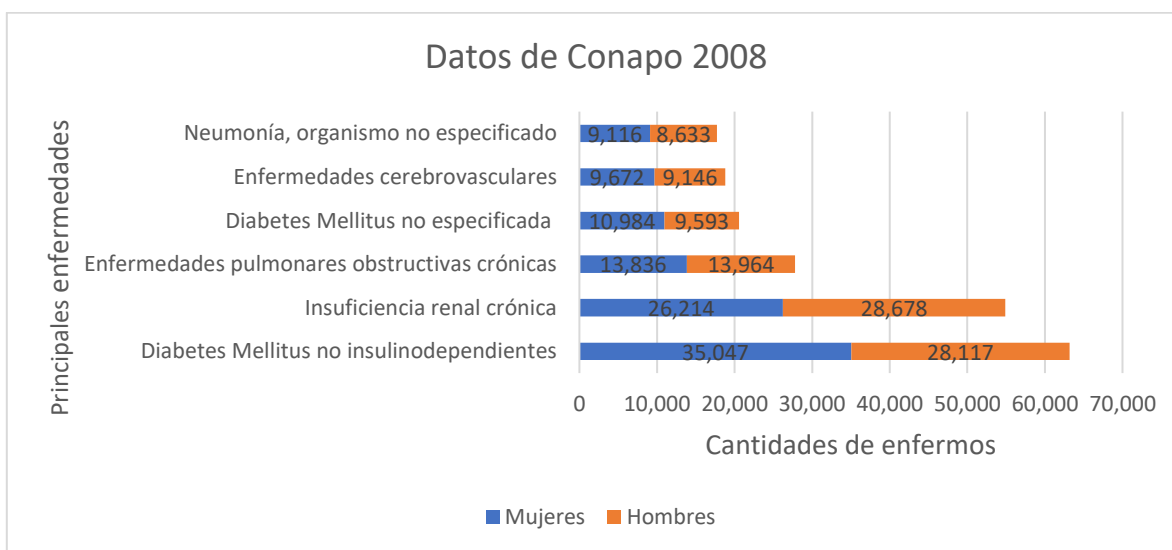
[15. Fotografía de: LMR.]. (San Andrés Ahuayucan, Xochimilco Cd. Mex. 2018).

Apéndice VIII. Preguntas representativas en la investigación presentadas de forma gráfica.

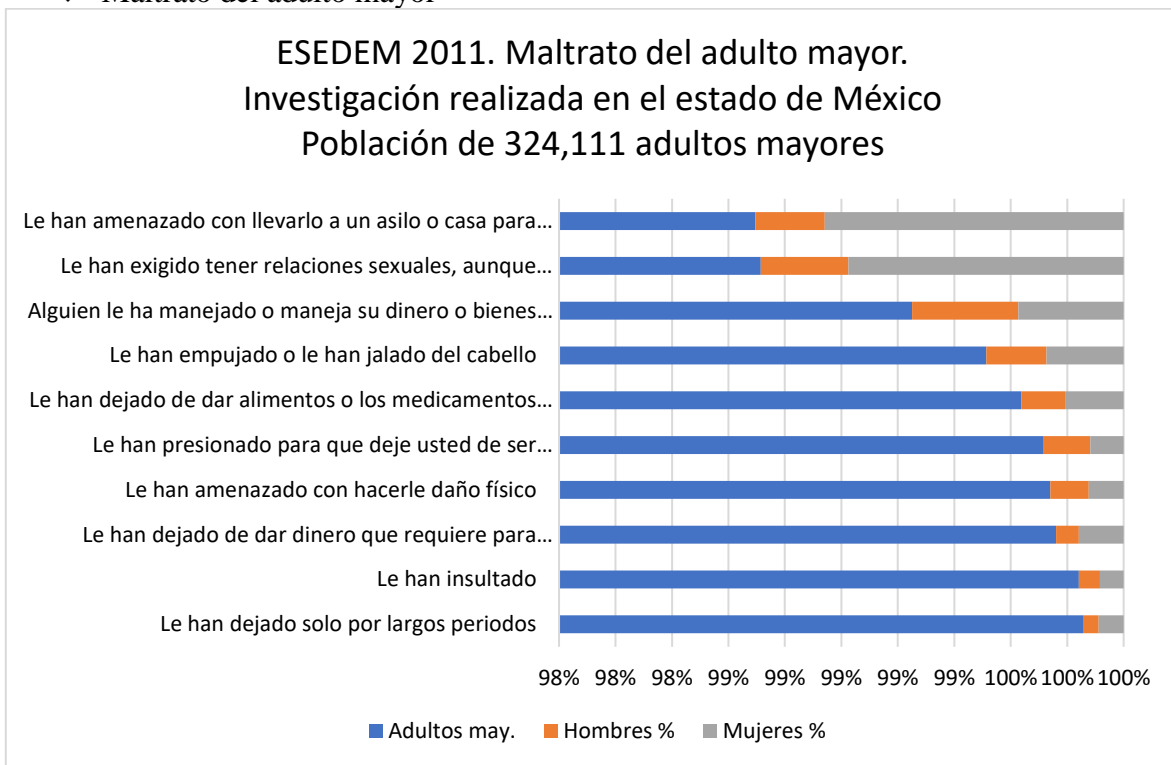
- ❖ Conapo 2017. Cálculos Estimados para 2030 y 2050 de la población de Adultos Mayores.



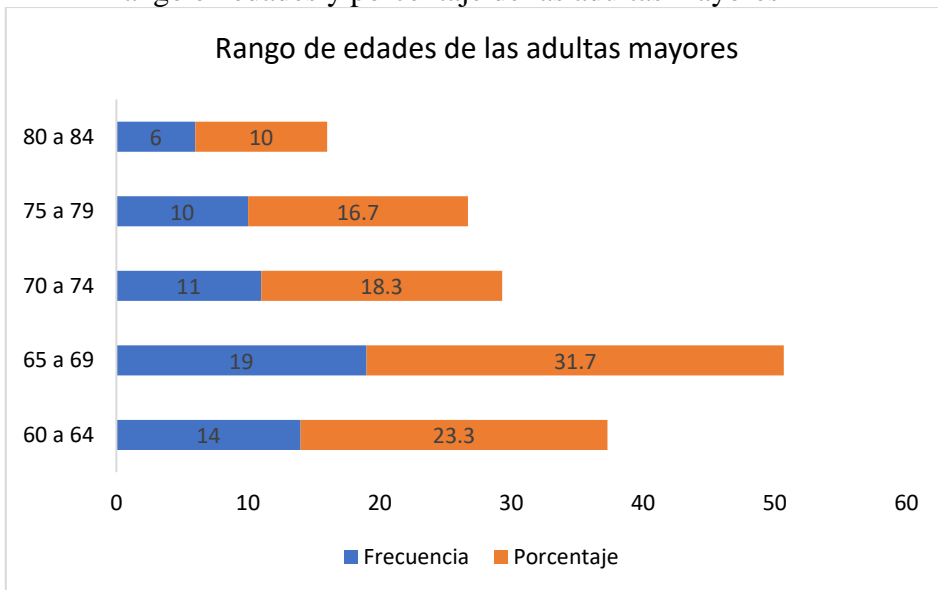
- ❖ Conapo 2008. Principales enfermedades presentadas en el adulto mayor por género.



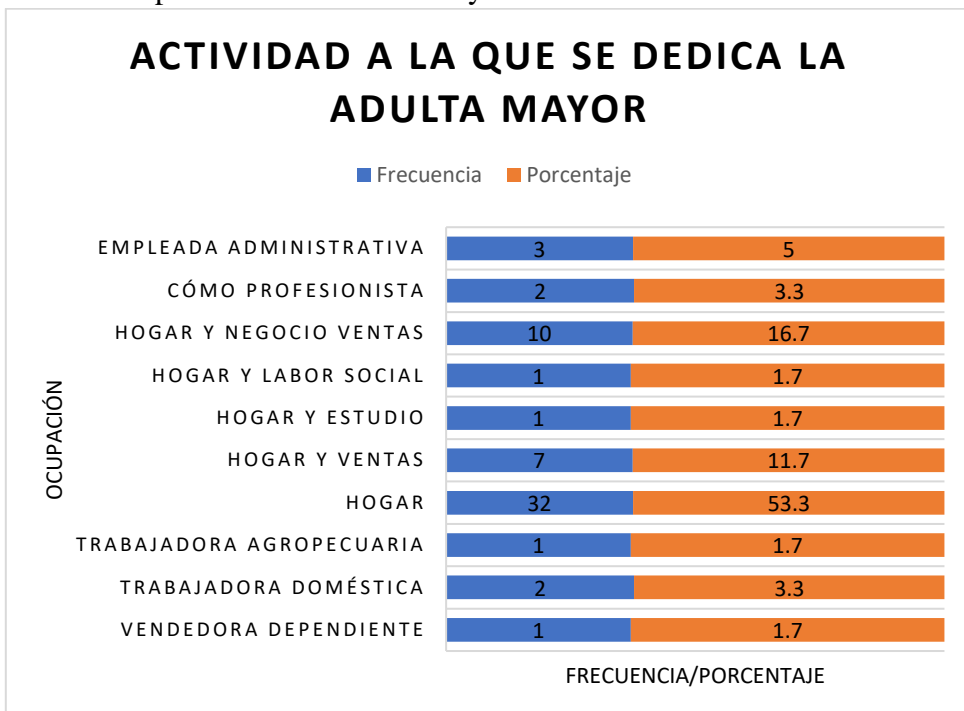
❖ Maltrato del adulto mayor



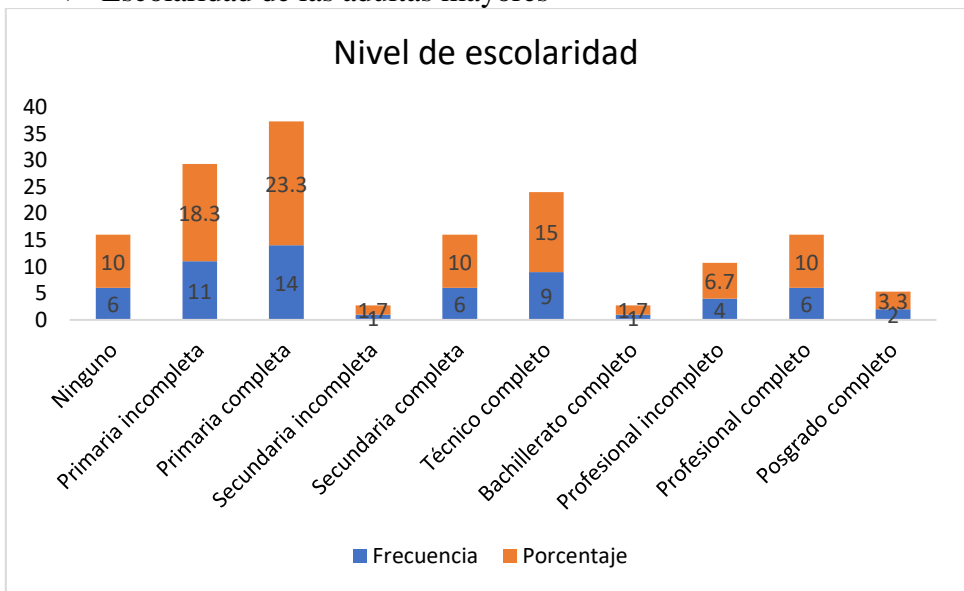
❖ Rango en edades y porcentaje de las adultas mayores



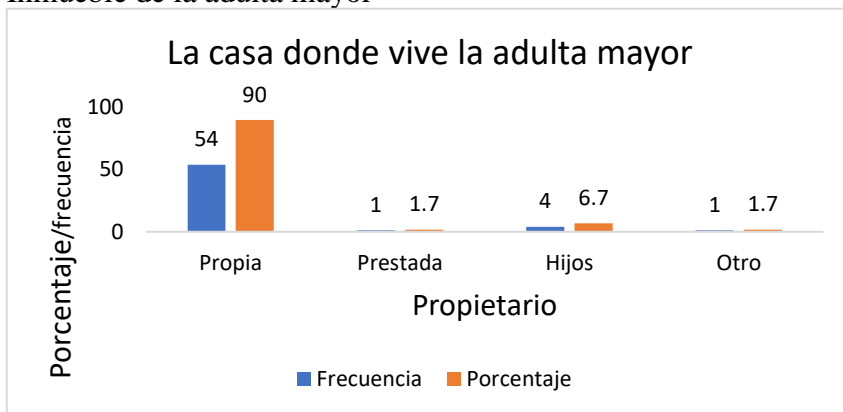
❖ Ocupación de las adultas mayores



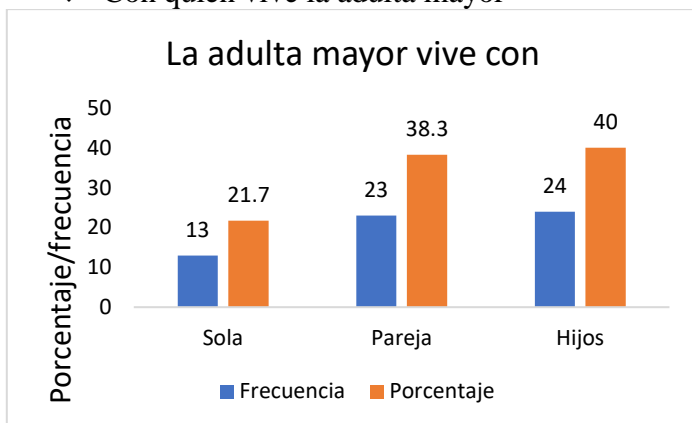
❖ Escolaridad de las adultas mayores



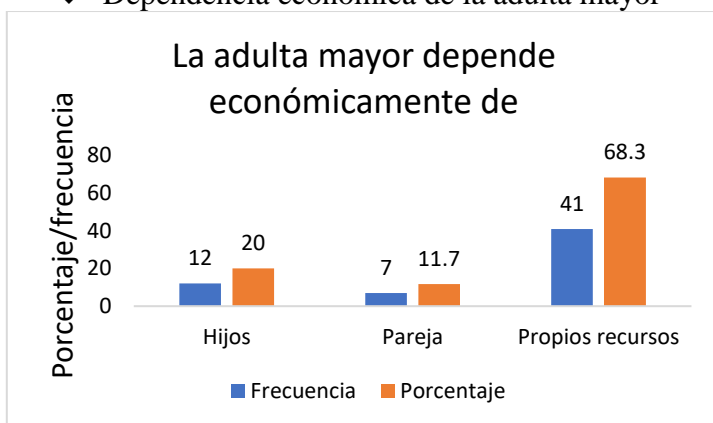
❖ Inmueble de la adulta mayor



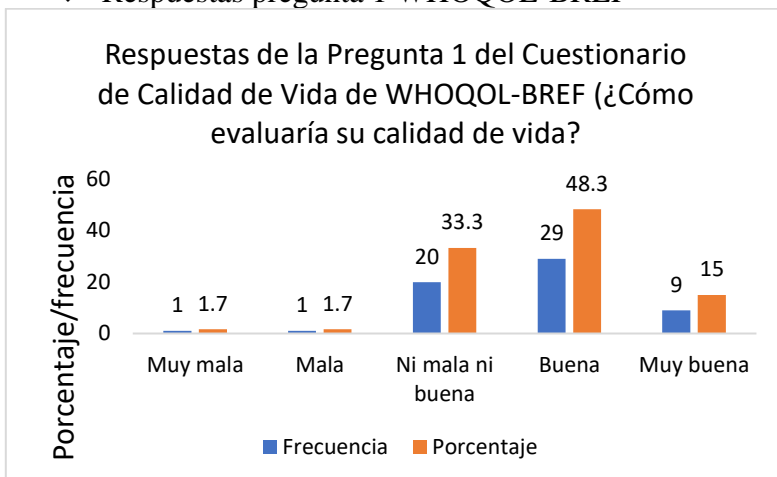
❖ Con quién vive la adulta mayor



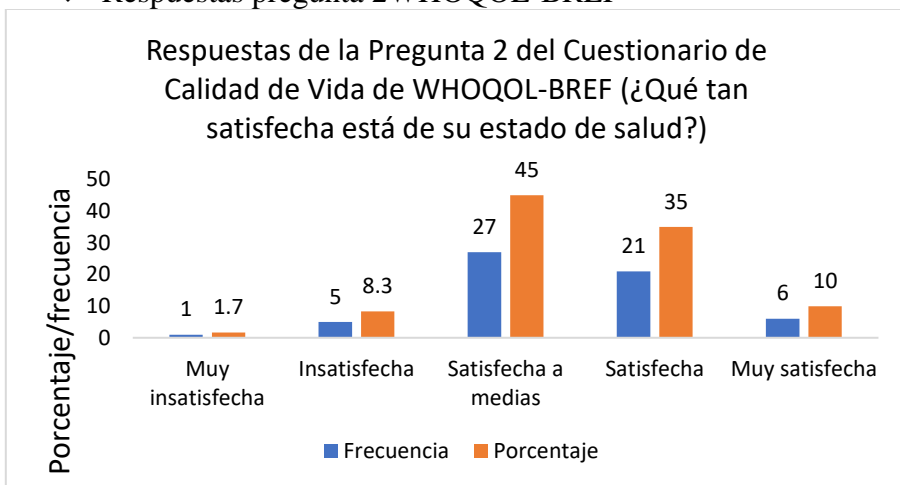
❖ Dependencia económica de la adulta mayor



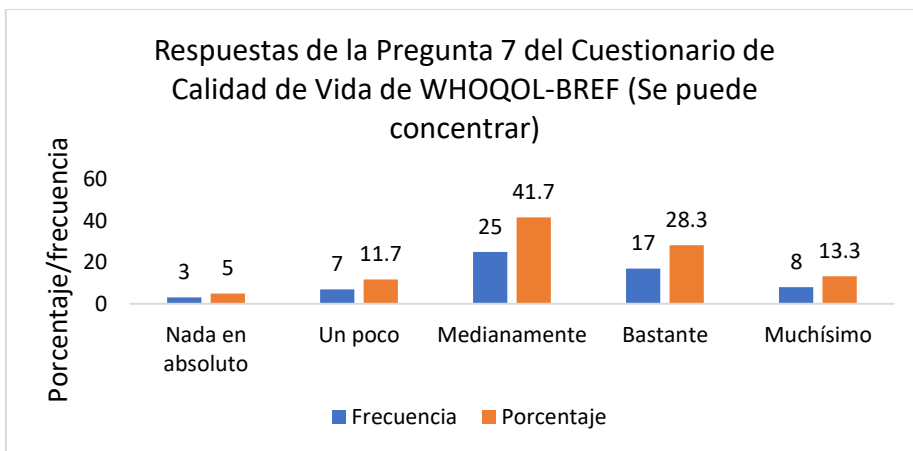
❖ Respuestas pregunta 1 WHOQOL-BREF



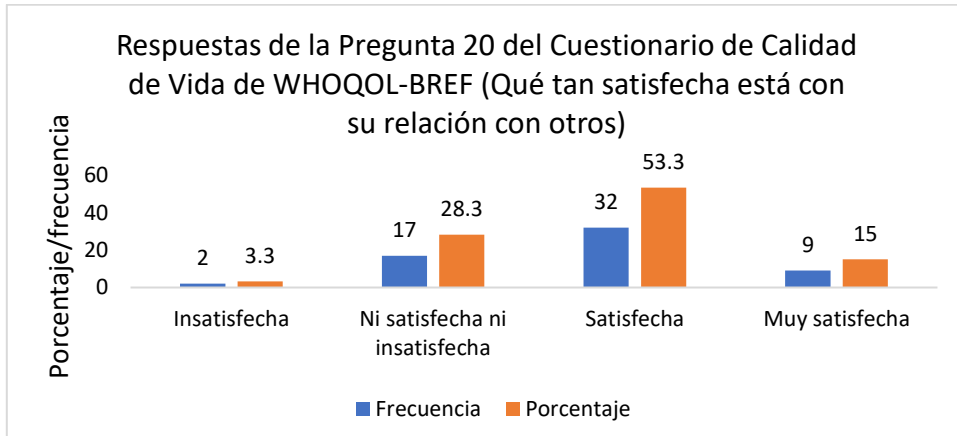
❖ Respuestas pregunta 2 WHOQOL-BREF



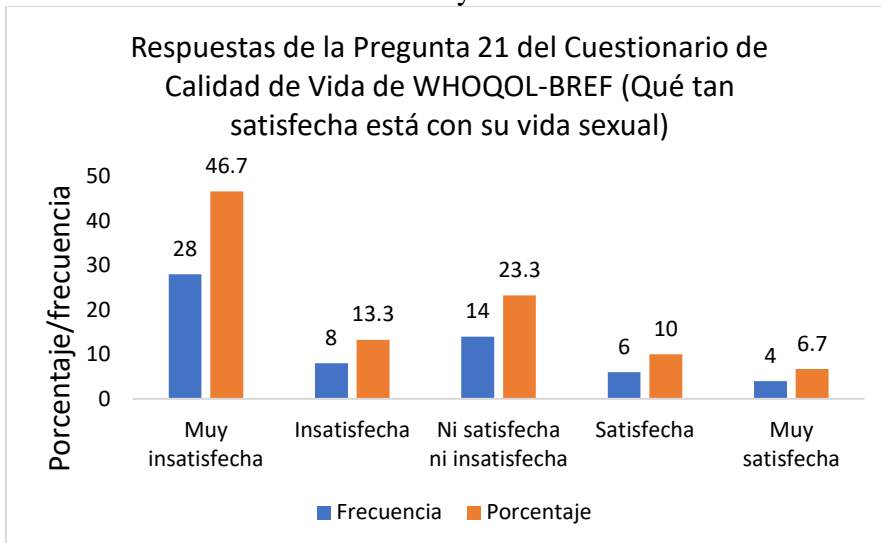
❖ Concentración de la adulta mayor



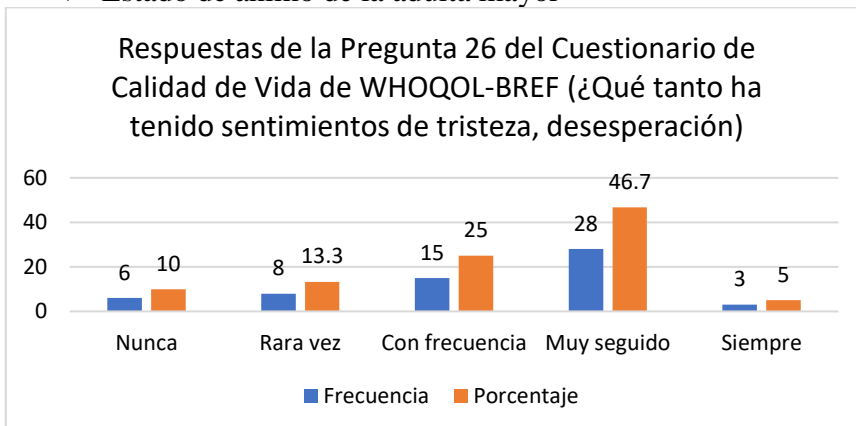
❖ Relaciones sociales



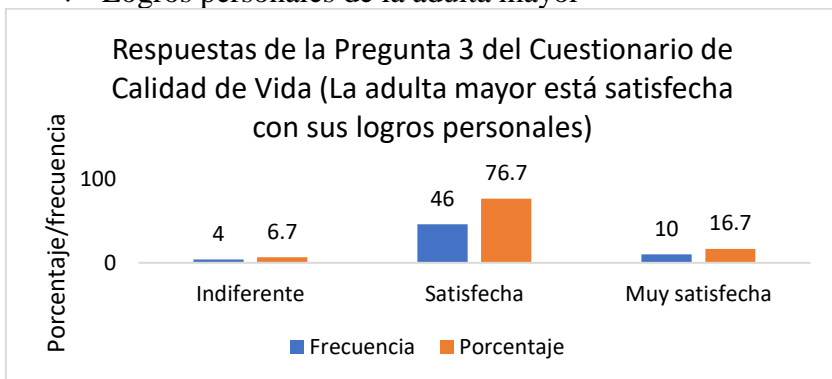
❖ Vida sexual de la adulta mayor



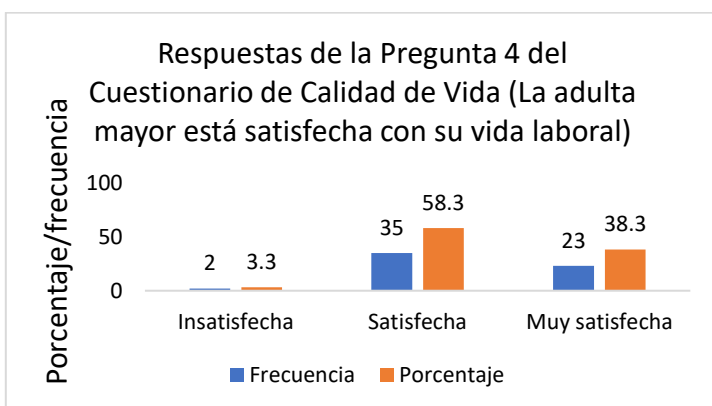
❖ Estado de ánimo de la adulta mayor



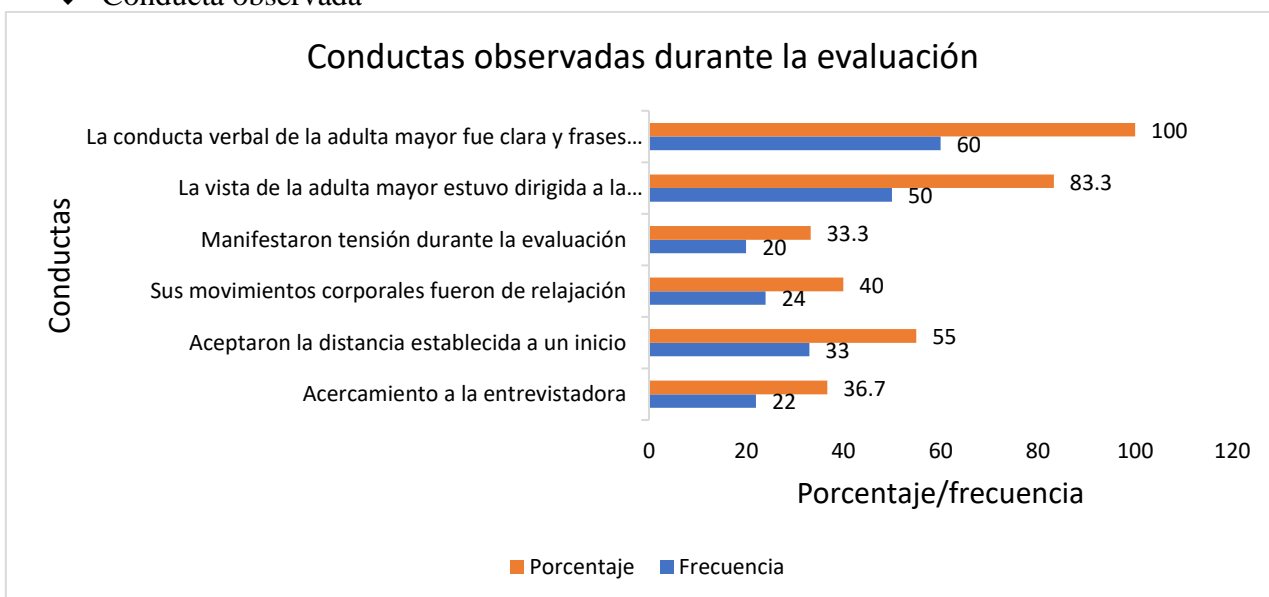
❖ Logros personales de la adulta mayor



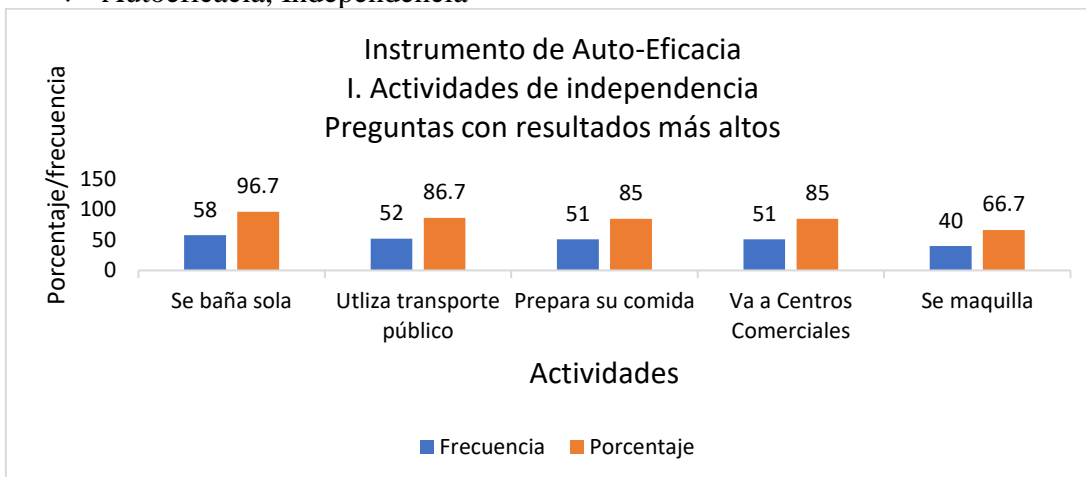
❖ Vida laboral



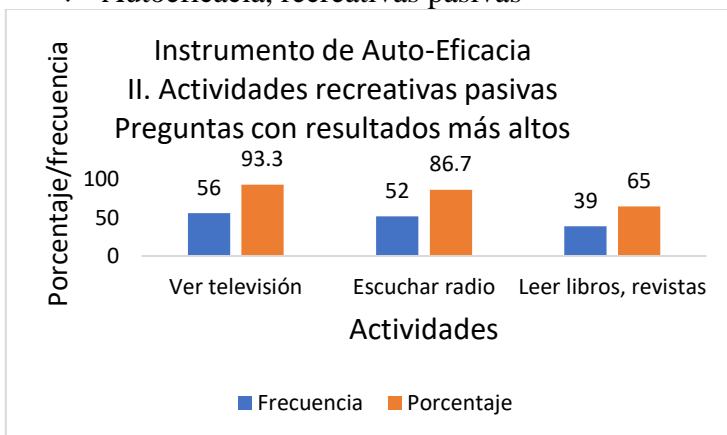
❖ Conducta observada



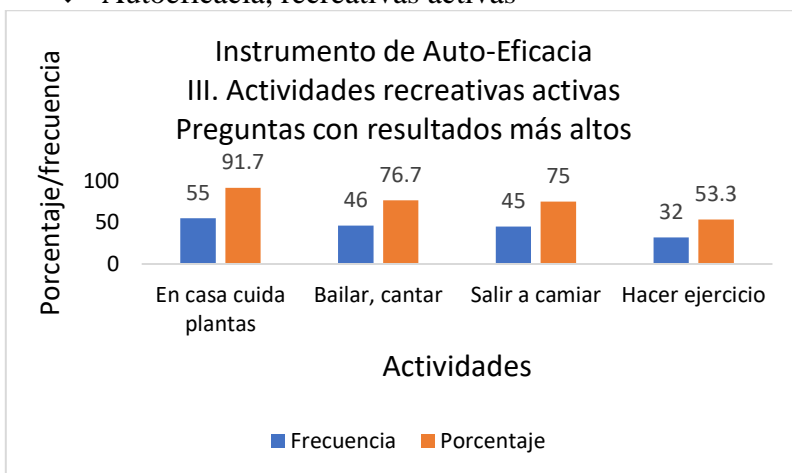
❖ Autoeficacia, Independencia



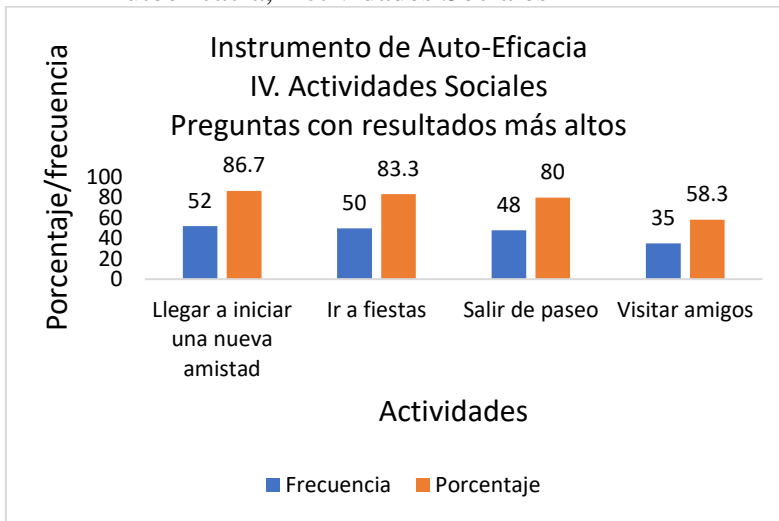
❖ Autoeficacia, recreativas pasivas



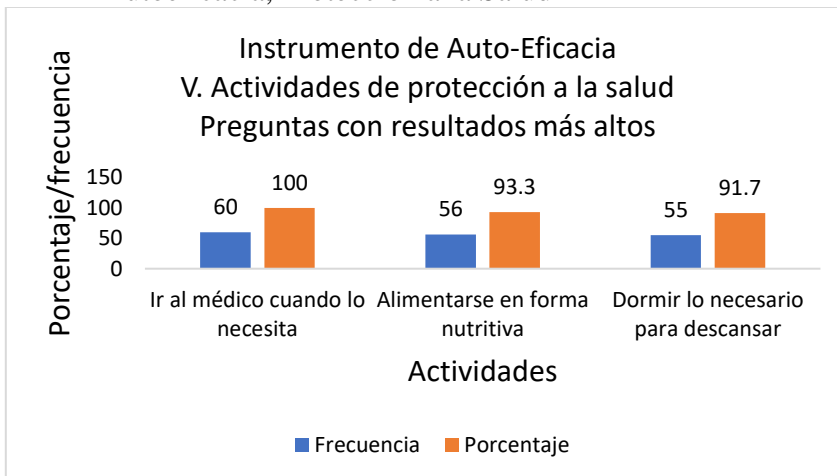
❖ Autoeficacia, recreativas activas



❖ Autoeficacia, Actividades Sociales



❖ Autoeficacia, Protección a la Salud



TABLAS

- Tabla 1. INEGI (2014) Población económicamente activa
- Tabla 2.a Conapo (2015). Población General de adultos mayores
- Tabla 2.b Porcentaje estimado en aumento según edad para 2050
- Tabla 3. Profeco (2012). Ingresos Hospitalarios de 60 años en adelante
- Tabla 4. Conapo (1999). Proyección de la Población en México 1995-2050
- Tabla 5. INEGI (2014). Censo Poblacional (2010). Por grupos de edad que tienen pensión
- Tabla 6. INEGI (2014). Censo Poblacional (2010). Adultos mayores incapacitados
- Tabla 7. Propuesta de PNUD sobre factores a investigar de calidad de vida
- Tabla 8. Encuesta sobre envejecimiento demográfico en el Estado de México
- Tabla 9. Rangos por edades de las adultas mayores participantes
- Tabla 10. Edad de las integrantes
- Tabla 11. Medidas de tendencia central
- Tabla 12. Escolaridad
- Tabla 13. Estado civil
- Tabla 14. Enfermedades más frecuentes en las adultas mayores
- Tabla 15. Lugar de origen de las participantes
- Tabla 16. Años viviendo en la Zona de San Andrés Ahuayucan
- Tabla 17. La adulta mayor labora o no labora
- Tabla 18. Ocupación que realiza la adulta mayor
- Tabla 19. Ingresos que obtiene la adulta mayor de forma familiar y otros
- Tabla 20. Tiempo de no tener pareja la adulta mayor
- Tabla 21. Edad de la pareja de la adulta mayor
- Tabla 22. Actividad principal que realiza la pareja de la adulta mayor
- Tabla 23. Número de hijos que tiene la adulta mayor
- Tabla 24. “La casa donde vive la adulta mayor es...”
- Tabla 25. Con quién vive la adulta mayor
- Tabla 26. De quién depende económicamente la adulta mayor
- Tabla 27. La adulta mayor tiene alguna adicción (substancia, medicamento)
- Tabla 28. Cómo evaluaría su calidad de vida

Tabla 29. Qué tan satisfecha está con su estado de salud

Tabla 30. Cuando le duele algo, ¿Qué tanto la limita para hacer lo que tiene que hacer?

Tabla 31. Qué tanto necesita la atención del médico

Tabla 32. Qué tanto disfruta de su vida

Tabla 33. Le parece que su vida tiene un significado religioso, espiritual, personal

Tabla 34. Se puede concentrar

Tabla 35. Qué tan segura se siente en su vida

Tabla 36. El ambiente en el que vive es saludable

Tabla 37. Cuánta energía tiene para su vida diaria

Tabla 38. Qué tanto le gusta su apariencia corporal

Tabla 39. Tiene suficiente dinero para sus necesidades personales

Tabla 40. Cuenta con la información necesaria para su vida diaria

Tabla 41. Participa en actividades de diversión y entretenimiento

Tabla 42. Se siente capaz para moverse en su colonia

Tabla 43. Qué tan satisfecha está con su sueño

Tabla 44. Qué tanto le satisface poder hacer sus actividades diarias

Tabla 45. Está satisfecha con su capacidad para trabajar

Tabla 46. Se siente satisfecha con su vida

Tabla 47. Qué tan satisfecha está con su relación con otros

Tabla 48. Qué tan satisfecha está con su vida sexual

Tabla 49. Cómo se siente con el apoyo que le dan sus amigos

Tabla 50. Qué tan satisfecha está del lugar donde vive

Tabla 51. Qué tan satisfecha está con el acceso que tiene a los servicios de salud

Tabla 52. Qué tan satisfecha está con los medios de transporte que utiliza

Tabla 53. Qué tanto ha tenido sentimientos de tristeza, desesperación

Tabla 54. Integración de valores de WHOQOLBREF

Tabla 55. Como evaluaría su calidad de vida

Tabla 56. Qué tan satisfecha está con su estado de salud

Tabla 57. Frecuencia de las respuestas de Área de Salud Física

Tabla 58. Frecuencia de las respuestas Área Psicológica

Tabla 59. Frecuencia de las respuestas Área de Relaciones Sociales

Tabla 60. Frecuencia de las respuestas Área del Medio Ambiente

Tabla 61. 1. Cómo considera la adulta mayor su economía actual

Tabla 62. 2. Recibe la adulta mayor apoyo familiar

Tabla 63. 3. La adulta mayor está satisfecha con sus logros personales

Tabla 64. 4. La adulta mayor está satisfecha con su vida laboral

Tabla 65. 5. La adulta mayor tiene satisfechas sus necesidades afectivas

Tabla 66. I. Actividades de independencia

Tabla 67. II. Actividades recreativas pasivas

Tabla 68. III. Actividades recreativas activas

Tabla 69. IV. Actividades sociales

Tabla 70. V. Actividades de protección a la salud

Tabla 71. VI. Actividades perjudiciales a la salud

Tabla 72. Resultados de U Mann-Whitney (Salud Física)

Tabla 73. Resultados de U Mann-Whitney (Aspectos Psicológicos)

Tabla 74. Resultados de U Mann-Whitney (Relaciones Sociales)

Tabla 75. Resultados de U Mann-Whitney (Medio Ambiente)

Tabla 76. Correlación de Adultas Mayores que trabajan con Áreas de Calidad de Vida y Áreas de Autoeficacia

Tabla 77. Correlación de Adultas Mayores que no trabajan con Áreas de Calidad de Vida y Áreas de Autoeficacia

Tabla 78. Distancia física

Tabla 79. Expresión corporal

Tabla 80. Conducta (contacto) visual

Tabla 81. Conducta verbal

FIGURAS

Figura 1. Figura poblacional de 1995

Figura 2. Figura poblacional de 2025

Figura 3. Figura poblacional de 2050

Figura 4. OMS 2002. Envejecimiento activo y elementos que lo determinan

GRÁFICAS

Gráfica 1. INEGI (2014). Censo poblacional de adultos mayores 1930 a 2010

Gráfica 2. INEGI (2014). Censo 2010. Población económicamente activa por sexo en adultos mayores

Gráfica 3. INEGI (2014). Población económicamente activa en adultos mayores por rango de edad

Gráfica 4. INEGI (2014). Población total de adultos mayores dividido por género

Gráfica 5. Resultados de percentiles, medianas, valores máximos, valores mínimos del WHOQOL-BREF

Gráfica 6. Frecuencia de las respuestas del área de Salud Física

Gráfica 7 Frecuencia en las respuestas del Área Psicológica

Gráfica 8. Frecuencia en las respuestas del Área Relaciones Sociales

Gráfica 9. Frecuencia en las respuestas del Área Medio Ambiente

Gráfica 10. Medias de las Áreas de Calidad de Vida comparando las que laboran y las que no laboran

Gráfica 11. Medias de Autoeficacia de las adultas mayores, las que laboran y las que no laboran

Gráfica 12. Correlación Calidad de Vida Salud Física y Auto eficiencia

Gráfica 13. Correlación Calidad de Vida Psicológica y Auto eficiencia

Gráfica 14. Correlación Calidad de Vida Relaciones Sociales y Auto eficiencia

Gráfica 15. Correlación Calidad de Medio Ambiente y Auto eficiencia

FOTOGRAFÍAS

Foto 1. Entrada principal área pública

Foto 2. Entrada la casa de día “Nuevo Amanecer”

Foto 3. Kiosco y canchas deportivas dentro del mismo predio

Foto 4. Centro comunitario y canchas deportivas

Foto 5. Biblioteca

Foto 6. Grupo de Adultas Mayores en ocio

Foto7. Grupo de Adultas Mayores en ocio

Foto 8. Altar a la Virgen de Guadalupe

Foto 9. Predio que se renta para fiestas del pueblo

Foto 10. Calles arboladas

Foto 11. Predio donde se cultiva maíz

Foto 12. Jardín de Niños de la Secretaria de Educación Pública

Foto 13. Calle de San Andrés Ahuayucan

Foto 14. Calle de San Andrés Ahuayucan

Foto. 15. Calle de San Andrés Ahuayucan