

Calidad de vida relacionada con la salud en la adultez tardía

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ADULTEZ
TARDIA: UNA REVISION MONOGRAFICA**

Bohórquez, A.; González, S.; Molina, M.*

***Asesora de monografía**

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
Cartagena de Indias, D. T.
2009**



Calidad de vida relacionada con la salud en la adultez tardía

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ADULTEZ
TARDIA: UNA REVISION MONOGRAFICA**

Bohórquez, A.; González, S.; Molina, M.*

***Asesora de monografía**

Revisión monográfica para optar el grado de Psicólogo.

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
Cartagena de Indias, D. T.
2009**



NOTAS DE ACEPTACION

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

Jurado 4

Artículo 105.

“La universidad Tecnológica, se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobados, y no pueden ser explotados comercialmente sin su Autorización”

Agradecimientos

A Dios por darme la oportunidad de realizar mi sueño de ser una profesional.

A mi familia, principalmente a mi mamá por su apoyo incondicional y por darme fuerza en aquellos momentos en que todo parec a imposible.

A mis hermanos, por ser ese motivo para salir adelante a pesar de los obstáculos y dificultades.

A mi compañera de monografía, Suad, por estar conmigo en este difícil proceso.

A Julian, quien fue nuestro asesor incondicional.

A Hogares CREA por ser pacientes y apoyarme en la realización de mis metas, sin su colaboración no hubiese sido posible culminar satisfactoriamente esta última fase de mi vida universitaria.

A Emilce, a Daniel, a los docentes y a todas aquellas personas que hicieron parte de mi crecimiento personal y profesional.

Any Carolina

Agradecimientos

Agradezco a Dios por bendecirme con una familia maravillosa, a mis hermanos, sobrinos y cuñados a quienes les agradezco el apoyo, comprensión y amor brindado a lo largo de mi vida y en los momentos importantes como este.

En especial a mi madre, ejemplo de amor incondicional, fuerza y perseverancia.

A mi gran amor, Julian, por ser mi guía, por su paciencia, su apoyo y su amor.

Agradezco a Any por ser mi compañera en este satisfactorio camino en nuestra formación como profesionales.

A la UTB, a los docentes y a angeles como Juli, Emilce, Daniel y Clara Visbal quienes quizás sin saberlo contribuyeron a la realización de mi sueño.

Suad Milena



CONTENIDO

PAG.

CAPÍTULO PRIMERO

Introducción..... 1

Justificación..... 2

Objetivos..... 3

CAPÍTULO SEGUNDO

Marco Teórico..... 4

CAPÍTULO TERCERO

Metodología..... 22

CAPÍTULO CUARTO

Conclusiones y Recomendaciones..... 23

Capítulo Quinto

Referencias..... 27

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ADULTEZ TARDIA: UNA REVISION MONOGRAFICA

Capitulo primero

Introducción

En el transcurso de los dos últimos siglos se ha podido observar el crecimiento poblacional humano en el que cada día más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas establecidas y situadas como etapa de vejez, lo cual ha provocado que las sociedades modernas constituyan como un reto al envejecimiento poblacional (Prieto y Vega, 1996).

Este hecho, se revela en las múltiples y recientes investigaciones que se preocupan por conocer acerca de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que se encuentran atravesando el proceso de envejecimiento basándose en la idea de que los adultos mayores constantemente están haciendo un reajuste psicológico de gran impacto debido a que se ven obligadas a enfrentar cambios en sus hábitos y estilos de vida por motivos de salud y enfermedad. (Vinancia, Tobón, Moreno, Cadena y Anaya, 2005a; Vinancia, Quiceno, Contreras, Zapata, Fernández, Bedoya, Tobón, 2005b; Vinancia, Contreras, Palacio, Marín, Tobón, 2005c)

En la presente revisión bibliográfica se abordará el concepto calidad de vida, considerando autores como Vinancia, Tobón, Moreno, Cadena, Anaya, Aparicio, entre otros. Además se tratará acerca de la evolución de dicho concepto, su impacto en los estados de salud y sus características en relación a la etapa del ciclo vital humano llamada vejez tardía.

Para efectos de lo anteriormente planteado fue necesario hacer revisión de investigaciones y estudios realizados con adultos mayores que permitieran una aproximación al concepto calidad de vida relacionada con la salud y la adultez.

Justificación

La presente revisión se realizó con la finalidad de compilar información existente acerca de la evolución del concepto calidad de vida, su impacto en los estados de salud y sus características en relación a la etapa de la vejez tardía.

Teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso fisiológico que lleva a una pérdida progresiva de capacidad de adaptación a las demandas del medio (Bernabe y Salvador, 2003) y que el concepto calidad de vida relacionada a la salud, contiene un componente subjetivo, las autoras consideran pertinente el abordaje de la temática buscando que dicho estudio permita la identificación de la posible relación entre la percepción subjetiva del individuo en la etapa del envejecimiento y el aspecto objetivo del concepto.

En la actualidad, los esfuerzos están dirigidos al estudio de lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad, que no es más que el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales (Ríos, Ríos y Padial, 2004). Teniendo en cuenta lo anterior, la presente revisión abre las puertas a una línea de investigación desde la psicología, que permita la creación un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de generar satisfacción en cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud en la vejez a pesar de las limitaciones propias de esta etapa.

Por otro lado, en la presente monografía se abordará la multidimensionalidad del concepto calidad de vida permitiendo una mayor comprensión del mismo y su abordaje a través de los años desde diversas especialidades.

Vale la pena resaltar que esta revisión monográfica proporciona al lector una visión amplia acerca de los estudios realizados actualmente respecto a la temática, los cuales pueden ser utilizados en la academia y como referente teórico para futuros trabajos de investigación.

Objetivos

Objetivo General

- ✚ Realizar una revisión bibliográfica de la evolución y estudio del concepto Calidad de Vida relacionada con la salud y la adultez tardía, que permita analizar la relación de estos tres conceptos.

Objetivos Específicos

- ✚ Sondear bibliografías concernientes a la Calidad de Vida, Salud y Adultez tardía.
- ✚ Identificar estudios realizados referentes al Concepto Calidad de Vida, Calidad de Vida y Salud y Adultez Tardía, que permitan demostrar la relación existente entre ellos y la importancia de analizarlos.

Capítulo Segundo

Calidad de vida relacionada con la salud y la adultez tardía: Una revisión monográfica.

En el transcurso de los dos últimos siglos se ha suscitado una situación singular referida al crecimiento poblacional humano, basado en que cada día más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas establecidas y situadas como etapa de vejez, lo cual ha provocado que las sociedades modernas constituyan como un reto al envejecimiento poblacional (Prieto y Vega, 1996). Tal realidad se denota reflejada en las múltiples y recientes investigaciones que se centran en indagar acerca de la calidad de vida y el nivel de salud de los seres humanos en etapas vitales de envejecimiento, basándose en la concepción de que estas personas viven un constante reajuste psicológico de gran impacto debido a que se ven obligadas a enfrentar cambios en sus hábitos y estilos de vida por motivos de salud y enfermedad. (Vinancia, Tobón, Moreno, Cadena y Anaya, 2005a; Vinancia, Quiceno, Contreras, Zapata, Fernández, Bedoya, Tobón, 2005b; Vinancia, Contreras, Palacio, Marín, Tobón, 2005c)

Por tanto, en los siguientes apartados del presente marco teórico se abordarán los temas que permiten una mayor comprensión acerca del concepto de calidad de vida, la evolución del mismo, su impacto en los estados de salud y sus características en relación a la etapa del ciclo vital humano llamada vejez tardía. Para en últimas, realizar un abordaje general y cronológico de algunos estudios e investigaciones al respecto.

Calidad de vida

La calidad de la vida, es un tema moderno que ha despertado el interés de varias especialidades científicas. Sobre él se encuentran difundidos infinidad de discursos y textos que lo abordan desde la perspectiva de varios sectores como el económico, ambiental, ecológico, educativo, político, médico, psicológico, humanista e incluso parte del público en general, se apropia de esta categoría

como parte de su expresión cotidiana, reflejo de la trascendencia y representatividad del tema, que por demás resulta muy complejo, polémico y multideterminado. (Díaz, 2001)

Evolución del concepto. Algunos antecedentes históricos dan a conocer que el término “calidad de vida (CV)” fue utilizado primeramente por el economista Galbraith a finales de los años 50, mientras que otros datos, según González, Grau y Amarillo (1997), evidencian que el primero en usar el término fue el presidente norteamericano Lyndon B. Johnson en el año de 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Sea cual sea la fecha exacta de su inicio, lo cierto es que éste se popularizó en la década de los 60 y hasta el día de hoy ha logrado convertirse en un concepto utilizado en diversos ámbitos como el de la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (Gómez y Sabe, 2000)

En un primer momento, el uso de la expresión Calidad de Vida se sustenta, durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, en el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, ello hizo surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos. Así pues, desde las Ciencias Sociales se inicia la identificación de los indicadores sociales y estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. (Arostegui, 1998)

Inicialmente se reconocieron únicamente indicadores de naturaleza objetiva que tenían mayor peso en la CV y cubrían las necesidades básicas del individuo (nutrición, vivienda, sanidad y demás elementos necesarios para la supervivencia), lo cual correspondería a la satisfacción de los dos niveles inferiores de las necesidades humanas: la subsistencia y la seguridad. (Maslow, 1968 citado por Aparicio, 2003). Sin embargo, algunos autores, expusieron que sólo existía una relación parcial entre las condiciones objetivas de vida y la experiencia subjetiva de una mejor calidad de vida. (Najman y Levine, 1981 citados por Aparicio, 2003)

La razón por la cual no exista una relación lineal entre las buenas condiciones objetivas de vida y la experiencia subjetiva de una mejor calidad de vida, era que por encima de un cierto nivel, el determinante fundamental resulta ser el ajuste o la coincidencia, entre las características de la situación y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal y como las percibe él mismo. (Levi y Andersson, 1980 citado por Aparicio, 2003)

Debido a las evidentes limitaciones del abordaje sociológico, se hizo necesario la adopción de una perspectiva más coherente con la realidad, así la perspectiva psicosocial comenzó a liderar este campo. En este enfoque, los aspectos subjetivos constituyen el pilar fundamental de la calidad de vida. De tal forma que a mediados de los años 70, el interés estuvo dirigido a desarrollar indicadores subjetivos, que sirvieran de equivalentes de los indicadores objetivos, definidos mediante datos físicos u observables. (Andrews y Whitney, 1976 citado por Aparicio, 2003)

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. En 1974 la inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", marcó un hito en el estudio científico de la CV (González, Grua y Amarillo, 1997), ya que hizo posible su difusión teórica y metodológica. Tal es el caso, que para el año 1977 éste término se circunscribió como categoría de búsqueda en el Index Medicus y como palabra clave en el sistema Medline.

La década de 1980, se caracterizó por un importante desarrollo que se ha ido acercando poco a poco a la esencia de la calidad de vida. Las orientaciones de principios de los años ochenta, que seguían la búsqueda de indicadores subjetivos, se fueron perfeccionando hasta la situación actual, en la que se asume la subjetividad y el carácter multidimensional de la calidad de vida y el principal tema de debate es lograr un consenso respecto a las áreas que constituyen este fenómeno. (Bobes, Bousoño, Iglesias, González, 1995)

Como puede observarse la conceptualización actual del término CV es producto de la aparición histórica de una serie de nociones semánticas al respecto que con el transcurrir del tiempo han logrado formar un conjunto significativo de concepciones (Bobes, González, Bousoño y Suarez, 1993) que hacen de su definición algo complejo, global, inclusivo y multidisciplinario; así pues, es posible diferenciar a través del tiempo sus diversas connotaciones: inicialmente hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003). Este término proviene principalmente de la medicina y se extendió a otras disciplinas como la sociología y la psicología, sustituyendo a otros conceptos difíciles de operativizar, como "felicidad" y "bienestar" (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996 citados por Vinancia, Fernández, Quiceno, López y Otalvaro, 2008).

En definitiva, los avances alcanzados en este campo han permitido ir estrechando la polisemia existente en torno al concepto de calidad de vida y puede aceptarse que todas las definiciones, coinciden en señalar la dualidad subjetividad-objetividad del concepto. El componente subjetivo hace referencia a "bienestar, felicidad y satisfacción con la vida (Bradburn, 1969 citado por Aparicio, 2003). El componente objetivo, incluye aspectos del funcionamiento social, tales como, empleo e independencia (Rapp, Gowdy y Sullivan, 1998), nivel de vida e indicadores sociales.

Por demás, cabe señalar a García e Ibáñez (1992) citados por Bobes, González, Bousoño y Suarez (1993), quienes aseveran que a pesar de la pluralidad de las dimensiones intervinientes en la calidad de vida, ésta se debe estimar desde la unidad, ideándola como "la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa considerada como un todo, con referencia no sólo al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante".

Evidentemente todavía no hay ningún acuerdo general respecto a la definición precisa de la calidad de vida, sin embargo resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave (Cummins, 1999): a) es multidimensional y comprende aspectos objetivos y subjetivos; b) está comprendida en diversidad de ámbitos; c) refleja las normas culturales de bienestar objetivo; d) la valoración que implica es de carácter individualizado y; e) cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Calidad de vida y salud

Antes de abordar propiamente el tema específico del presente apartado, valdría la pena aclarar la diferenciación entre los términos salud, estado de salud, calidad de vida (el cual está expuesto en el apartado anterior) y calidad de vida relacionada con la salud, ya que en la literatura científica existe cierta confusión al abordarlos como sinónimos. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO- , 2006)

Según la OMS (1986) salud se concibe como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Con base en esto, se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía, 1995), dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor. Según Bergner (1989), el concepto “estado de salud” describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva (por ej., por un observador o alguna medida estándar externa), bien como diagnóstico o como puntuación en una escala (Lawton, 2001).

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que entrelaza los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) agrupando tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995). Según Lawton (2001) la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros

aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto.

En consecuencia, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud, se expresa en términos de bienestar, como un proceso dinámico y cambiante (Porter, 1994), que varía según el sistema de valores de los individuos (González y Lobo, 2001). Desde éste punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y sociales (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras) (Schwartzmann, 2003 citada por Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya, 2007, Alvarez-Ude, 2001; Badia y Lizán, 2003; Schwartzmann et al., 1999; Vinaccia et. al., 2005a).

Se concluye entonces, que existen tres conceptos críticos en la definición de calidad de vida relacionada con la salud: a) El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento. b) Los efectos resultan una disminución de la ejecución “normal” del sujeto. Y c) Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO-, 2006)

A partir de lo anterior, Lawton (2001) identifica cuatro dominios específicos de la calidad de vida relacionada con la salud:

Calidad de vida física. Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.

Calidad de vida social. Incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

Calidad de vida percibida. Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

Calidad de vida psicológica. Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global. En este sentido, Schulz y Heckhausen (1996) han ofrecido un modelo de bienestar psicológico en el que el sentido de control personal (primario o secundario) es el elemento central.

Cada uno de ellos debe ser contemplado y evaluado por las diversas ramas y disciplinas relacionadas con la salud en función de los requerimientos del entorno y de las características de éste con el fin de prestar un buen servicio a los individuos demandantes.

Calidad de vida y adultez tardía

El envejecimiento es un proceso fisiológico que lleva a una pérdida progresiva de capacidad de adaptación a las demandas del medio. Este conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas originadas por el paso del tiempo provoca que, en individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantengan normales en su estado basal pero, al someterse a un estrés de cualquier tipo, se revele la pérdida de su reserva funcional. De una forma más específica, cabe afirmar que los efectos más impactantes de ésta etapa del ciclo vital están dados por las características

genéticas de las personas y por el estilo de vida que hayan llevado. (Bernabe y Salvador, 2003)

El envejecimiento implica cambios fundamentales en la experiencia de un individuo. Si la adolescencia y juventud significan prepararse para la vida laboral, la vida adulta significa asumir nueva responsabilidad laboral y familiar, el envejecimiento, vinculada en la mayor parte de los casos con la jubilación en la actual sociedad, implica justamente lo contrario: renunciar a tareas y responsabilidades que antes eran fuente de satisfacción y definían la identidad de cada persona. De todas las etapas de la vida, la vejez es la que quizá presenta los retos personales más dramáticos y a ello se suma el deterioro paulatino del estado físico y la posible aparición de múltiples enfermedades. (Bernabe y Salvador, 2003)

En ejemplo de lo anterior Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo (2001) sostienen que las limitaciones de condiciones como la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en ésta etapa, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud de los individuos sobre todo si éstos se encuentran en la etapa de la adultez tardía, considerada por muchos como aquella comprendida por personas mayores de 60 años.

Así mismo, Guijarro (2007) enuncia que las enfermedades y afecciones más comunes en la tercera edad son: Arterioesclerosis de las extremidades, artrosis, artritis, Alzheimer, Párkinson, hipertrofia benigna de próstata, gripe, malnutrición, mareos, sordera, presión arterial alta, problemas visuales, claudicación intermitente, demencia senil, osteoporosis, accidente cerebrovascular, entre otras.

En consecuencia, en la actualidad los esfuerzos están dirigidos al estudio de lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en razón a que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de

fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida. (Ríos, Ríos y Padial, 2004)

A partir de todo lo anterior, diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas adultas mayores, encontrando como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. (Rubio, Rico y Cabezas, 1997)

Además del soporte social, que es un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga, se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; pero los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos (Fernández, Zamarrón y Macia, 1997). Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos. (Lizan, 1995)

Por otra parte, se halla que la prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones. (Guyatt, Feeny y Patrick, 1993)

Calidad de vida en la vejez. Según Margaret y Paul Baltes, quienes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990), la puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita

que la persona adulta mayor pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida.

Las personas mayores afrontan razonablemente bien el envejecimiento y la vejez (Baltes, 1999). Aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del autoconcepto como del desarrollo personal (Baltes, 1999; Brandtstädter, Ventura y Greve, 1993). Esta resistencia y adaptación satisfactorias parece ser el resultado de la puesta en práctica de actividades instrumentales y de procesos acomodativos (Reig, 2000).

Existen diferentes estudios que avalan la teoría de que el comportamiento es la cuestión central para el envejecimiento de calidad (Reig, 2000). Los diferentes estudios avalan que: el estado de salud autoinformado se relaciona tanto con la morbilidad como con la mortalidad (Idler y Kassel, 1991; Idler y Benjamini, 1997; Kaplan, Goldberg, Everson et al., 1996), que las personas felices viven más tiempo, que las personas infelices refieren un peor estado de salud y más problemas de salud (Argyle, 1997), que la felicidad afecta a la salud objetiva y subjetivamente y que la salud es uno de los predictores más potentes de felicidad (Argyle, 1997), especialmente de la felicidad de las personas mayores, o de bienestar psicológico (Okun, Stock y Haring, 1984 citados por Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006).

Marco Referencial.

Investigaciones y estudios acerca de la calidad de vida y la adultez tardía

Se puede afirmar que la calidad de vida es un tema de investigación en el ámbito mundial, abordado desde los más variados enfoques y modelos teóricos existentes. Éste tema se inserta cada vez más en el quehacer investigativo de las más diversas ciencias y disciplinas dando lugar a un gran cúmulo de conocimientos científicos (Díaz, 2001) como los reportados cronológicamente en el presente apartado los cuales están enmarcados, en su mayoría, dentro del tema de la adultez mayor.

Primeramente, se cita la investigación de Soren Ventegodt (1998) quien a través de un estudio longitudinal investigó en Dinamarca la relación existente entre un trauma padecido en la vida temprana y la calidad de vida después de unos 30 años aplicando una encuesta de seguimiento basada en un cuestionario. Las variables determinadas fueron: la actitud de la madre frente a su embarazo, el niño criado en el orfanato, la madre que toma medicamentos antipsicóticos que indican enfermedad mental aguda, el niño adoptados en su primer año de vida y la calidad de vida del niño 31-33 años después. Los resultados mostraron que de los traumas sufridos a lo largo de la vida temprana que se estudiaron, sólo se encontraron efectos relativamente débiles relacionados con la calidad de vida del niño como adulto.

Seguidamente, se identifica el estudio de Velázquez, Villanueva, Flores, Pérez, Fernández y Velázquez (2002), quienes estudiaron comparativamente la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) Y Sevilla (España). El objetivo del estudio fue definir los diferentes espacios socio-sanitarios, describir áreas de fragilidad y contextos de desarrollo satisfactorios, y contrastar dimensiones de calidad de vida en mayores con diferentes realidades socio-ambientales. Como material y método de éste, aduce que para su realización han comparado las personas mayores de Iquitos y Sevilla que acceden a espacios geronto-comunitarios públicos; para ello un equipo transnacional de investigadores han medido indicadores de fragilidad, síndromes geriátricos, salud biopsicosocial, habilidad funcional, relaciones y apoyo social, aspectos socioeconómicos y red formal; aplicando un modelo de valoración gerontológica integral en las respectivas ciudades. Los resultados evidencian que de una muestra de 102 mayores (Iquitos n=60 y Sevilla n=42) manifiestan diferencias entre los grupos en cuanto a la disparidad de enfermedades con que los mayores de cada ciudad se ven afectados, los iquiteños tienen más prevalencia en problemas de tipo nutricionales digestivos y cardiovasculares; concentrándose el porcentaje más alto de mayores sevillanos con problemas de salud en aspectos como reuma o de polimedicación.

Así, mismo, se detectaron porcentajes elevados de depresión tanto en el 46% de los iquiteños como al 31% de los sevillanos entrevistados. Se encontraron diferencias significativas al contrastar ambas ciudades en cuanto a las dependencias a nivel funcional de las cuales aquejaban cada mayor: los iquiteños referían problemas de visión, mayor dependencia en la movilidad, dieta pobre y el abandono de alguna actividad que antes desarrollaban. Sorprende, comparativamente, el gran porcentaje de sevillanos (81%) que no prestan ayuda a nadie de su alrededor.

Por último en el área socio-sanitaria, ambas muestras coinciden al conocer un tercio de los espacios gerontológicos que le oferta cada entorno particular, describiéndose los mapas de atención sociosanitaria. En el Apoyo social, no existen diferencias en cuanto al número de contactos o la satisfacción con el apoyo recibido, sí se encontró en cuanto a la relación de convivencia: manteniéndose la muestra peruana con fuerte soporte familiar (convivencia con pareja e hijos) frente a los sevillanos que se definen (el 41%) que viven solo o sola.

A partir de lo obtenido, Velázquez, Villanueva, Flores, Pérez, Fernández y Velázquez (2002) concluyeron que es posible detectar varias diferencias significativas en varias dimensiones como: salud (objetiva-subjetiva), red formal (accesibilidad-disponibilidad.), condiciones socio-económicas y apoyo sociofamiliar, que modulan de manera diferencial aspectos concretos de la fragilidad del mayor de cada ciudad. Se constata que modelos gerontológicos de valoración integral y equipos transdiscipliniales parecen aportar conocimiento socio-sanitario.

Otro estudio que cabe mencionar es el realizado por Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004), el cual se denominó “perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa”. El propósito de este estudio fue conocer la relación entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género en personas adultas mayores costarricenses. Además, conocer el principal motivo de estos

sujetos para realizar la actividad física y el beneficio percibido por estos, de acuerdo al género. En este estudio participaron 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres) con edades entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos a los cuales se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario de calidad de vida (INISA,1994) y una encuesta sobre actividad física recreativa.

Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; entre autonomía y estado mental; entre autonomía y frecuencia de la actividad; entre autonomía y duración. Asimismo en lo que respecta al género; la depresión geriátrica fue superior en las mujeres ($F=5.86$). La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros, fueron el sentirse más reanimados, el alivio de dolores, el sentirse más alegres y con energía. Se concluye que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género; e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física; excepto en lo que respecta a la depresión la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos entre más cantidad de veces tiempo por semana se dedique.

Por otra parte, se encuentra la investigación realizada por Nieto, Forero, Caycedo, Palma, Montealegre, Batona y Sánchez (2005), la cual se titula “relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería” y tiene como objetivo evaluar el síndrome de estrés asistencial y su asociación con perfil psicológico e indicadores de calidad de vida en el personal de enfermería de los servicios de urgencias, neonatología y oncología de un hospital universitario de tercer nivel en Bogotá. Es una investigación no experimental con un diseño descriptivo correlacional; como instrumentos se emplearon el Inventario de Personalidad de 16 Factores (16Pf) de Catell, el MBI (Maslash Burnout Inventory), una entrevista semi-estructurada y un registro de observación.

Los datos de la última investigación mencionada fueron analizados mediante estadística descriptiva y la correlación Spearman. Adicionalmente se empleó el procedimiento multivariado de análisis múltiple de covarianza

(MANCOVA), y finalmente se empleó coeficiente de correlación de Pearson en los casos que se consideró pertinente. Los datos fueron procesados a través del SSPS encontrándose que el síndrome no se presenta en el personal evaluado, aunque sí algunos síntomas; se encontró que factores como cansancio emocional y despersonalización; y factores de personalidad como prudente-impulsivo, confiado-celoso y sumiso-dominante, son predictores del desempeño ocupacional.

En esta misma línea de tiempo, Sánchez, Barrios, Ávila, y De Los Ríos (2005) llevaron a cabo un estudio expo-facto, de tipo transversal denominado “calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética”, en éste se busca identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la nefropatía diabética. Los sujetos que participaron en el estudio fueron 100 pacientes que acuden al servicio de diálisis peritoneal de un Hospital General del IMSS, de la capital del Estado de San Luis Potosí, diagnosticados por sus médicos tratantes con ND. El deterioro de la calidad de vida se midió con la Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. La variable dependiente considerada fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de la escala ESCAVIRS. La variable independiente comprendió el tiempo de evolución de la condición crónico-degenerativa de la diabetes mellitus tipo 2 con secuela de nefropatía diabética de los pacientes seleccionados, así como algunos aspectos sociodemográficos.

Los resultados revelaron que un 70% de la muestra estudiada cursa con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas por la escala. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo de deterioro aquellos pacientes con más de 10 años de evolución del padecimiento con DM-2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes con ND es progresivo y asociado a la evolución degenerativa de la enfermedad.

De igual forma, Cardona, Estrada y Agudelo (2006) estudiaron la calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín con el fin de caracterizar algunos componentes de la CV: económicos, familiares, socio-demográficos, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta mayor (de 65 años o más) en la ciudad de Medellín, se realizó un estudio descriptivo con base en la información proveniente de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en la ciudad en los años 1997 y 2001; los certificados de defunción de 1990 a 1999; los registros de egresos hospitalarios de 1990 a 1997, y una encuesta telefónica en el año 2002 a 637 adultos mayores seleccionados sistemáticamente. Se observó un incremento de 168% en este grupo poblacional desde 1964 a 2001, evidenciando la etapa de transición demográfica plena que vive la ciudad. También se observó una pérdida de poder adquisitivo de 65% entre 1997 y 2001, así como la situación de aislamiento en que viven los ancianos, lo que marca la pérdida de independencia y autoestima.

Por su parte, Gollás, Varela, Verduzco y Villavicencio (2007), investigaron la relación entre la calidad de vida y el tratamiento antipsicótico de los pacientes con Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría «San Fernando» del IMSS centrándose en Comparar el efecto del tratamiento con antipsicóticos típicos contra el tratamiento con antipsicóticos atípicos sobre la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. En el momento de determinar los materiales y el método se calculó un tamaño de muestra mínimo de 80 pacientes, divididos en dos grupos de 40 cada uno, considerando una significancia de $p = 0.05$ y con una potencia de 80%. A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó una entrevista inicial donde se obtuvo datos demográficos así como el tipo de antipsicóticos administrados. Se aplicó la escala de la Organización Mundial de la Salud para medir calidad de vida (WHOQOL-BREF) para evaluar sintomatología psicótica, la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS), y para evaluar síntomas extrapiramidales, la escala DiMascio. Y se utilizaron sistemas de captación primaria para la recolección de datos.

Los resultados de éste estudio demuestran de manera observacional un puntaje significativamente mayor en la calidad de vida entre los pacientes

asignados a tratamiento atípico, como se ha reportado en otros estudios, principalmente en la superioridad del tratamiento antipsicótico atípico sobre el tratamiento típico.

Adicionalmente, Vera (2007) estudió cualitativa, descriptiva, interpretativa y comprensivamente el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia fundamentándose en la Teoría de las Representaciones Sociales. Éste estudio tuvo como lugar el Asentamiento Humano Laura Caller, en Los Olivos. Sus participantes fueron adultos mayores con sus respectivos grupos familiares. Método: Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras, previamente validados. Principales medidas de resultados: Significado de calidad de vida para el adulto mayor y para la familia.

Los resultados: Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la 'objetivación' y el 'anclaje' y análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Conclusiones: Para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

A su vez, Mystakidou, Tsilika, Parpa, Pathiaki, Galanos y Vlahos (2008) se interesaron en estudiar la relación entre la calidad de vida y los niveles de desesperación y depresión en el cuidado paliativo. El objetivo fue comparar las respuestas de 102 enfermos con cáncer avanzado sobre una escala de calidad de vida (de acuerdo a lo valorado por el SF12), con el inventario de depresión de Beck (BDI) y la escala de desesperación de Beck (BHS), así como también el impacto de la depresión y la desesperación sobre la calidad de vida. Se

encontraron asociaciones significativas entre el género ($P=.027$), estado funcional ($P=.003$), opiáceos ($P=.002$), depresión ($P <.0005$), y desesperación ($P<.0005$) con el índice componente SF12-Mental (MCS). El género ($P=.07$), la metástasis ($P=.001$), los opiáceos ($P=.0005$), y la educación ($P=.045$) correlacionaron significativamente con el índice componente SF12-Físico (PCS).

En la predicción del MCS, las dimensiones de edad, desesperación, género y estado funcional fueron significativamente elevado estadísticamente ($P<.0005$), explicando un 48% de la varianza. Para el PCS, las variables de predicción fueron la educación, metástasis y los opiáceos (25% de varianza). La calidad de vida, en esta población de pacientes, fue prevista por el nivel de desesperación y de las características demográficas y clínicas de los pacientes.

Para finalizar el actual apartado, resulta pertinente mencionar la investigación llevada a cabo por Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal (2008) denominada “calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia”, ésta tuvo por objetivo estudiar la calidad de vida relacionada con la salud y las condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados. Su método fue de tipo exploratorio y se valió de una muestra de 307 Adultos mayores de 65 años, sin limitación física ni psíquica que alterase la comunicación médico-paciente. Los sujetos completaron el Cuestionario de Salud SF-12 Health Survey. Las variables sociodemográficas y antropométricas fueron recogidas mediante historia clínica.

Los resultados demostraron que la edad media fue $69,2\pm 6,4$ años (IC95 %:69,8-74,3, $p<0,05$), la estatura $1,53\pm 0,08$ m (IC95 %:1,52-1,54, $p<0,05$), el peso corporal $63,8\pm 11,0$ kg (IC 95 %:61,8-64,3) y el Índice de masa corporal $26,7\pm 4,4$ kg/m² (IC 95 %:26,2-27,2). El Índice Cintura Cadera fue $,8\pm 0,06$ cm (IC95 %:0,83-0,54, $p<0,05$), mientras que el perímetro de cintura fue $89,0\pm 9,5$ (IC95 %:104,2-106,5). Las puntuaciones más altas se presentaron en los dominios vitalidad $59,0\pm 10,9$ %, salud mental $52,7\pm 12,5$ % y salud física $50,1\pm 7,0$ %. La puntuación más baja quedó demostrada en los dominios Rol emocional $19,2\pm 4,0$ % y Función social $24,1\pm 4,5$ %. Por tanto, se concluyó que existe un deterioro importante de la calidad de vida en la población estudiada, relacionados a factores de riesgo de

Calidad de vida relacionada con la salud en la adultez tardía

morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente a las escalas mentales. La valoración de la calidad de vida subjetiva debería convertirse en una herramienta de uso habitual en la práctica clínica.

Capítulo tercero

Metodología.

Tipo De Investigación

Se trata ésta de una revisión bibliográfica destinada a ofrecer un panorama amplio sobre el concepto Calidad de vida relacionada con la salud en la Adultez tardía y la evolución del concepto, mediante la descripción y revisión de estudios e investigaciones que han intentado ampliar lo que se conoce respecto a éste.

Procedimiento

En el desarrollo de esta investigación, inicialmente, se llevó a cabo la búsqueda de fuentes en la Base de datos EBSCO HOST y BVS-PSICOLOGIA de la Biblioteca de la Universidad Tecnológica de Bolívar, hallándose diferentes artículos e informes de investigaciones en inglés y español, cuya lectura arrojó las primeras luces relevantes para la revisión sobre el tema.

Una vez agotada la búsqueda en las Bases de datos, se consultaron libros relacionados con la Calidad de Vida y Salud en la biblioteca Luis Enrique Borja Barón de la Universidad Tecnológica de Bolívar y la biblioteca de la universidad San Buenaventura de Cartagena; sin embargo, la información recopilada a través de este medio no fue suficiente ni pertinente a los objetivos perseguidos.

Finalmente, se analizó, organizó e integró la literatura encontrada de acuerdo a los objetivos de la investigación, cada uno de los cuales corresponde a un apartado en el marco teórico. Además, se extrajeron los resúmenes de los estudios hallados en la Internet y se examinaron para formar el acápite correspondiente al último objetivo.

Capítulo cuarto

Conclusiones y Recomendaciones

A través del estudio presentado anteriormente, se logró realizar un abordaje conceptual del concepto de calidad de vida y su relación con la salud y la adultez tardía, afirmando que los objetivos, tanto generales como específicos, fueron alcanzados de forma satisfactoria.

Por medio de la revisión bibliográfica se logró identificar que no existe una relación directa e inevitable entre la calidad de vida relacionada a la salud y la etapa de la adultez tardía, ya que el componente subjetivo de la CVRS juega un papel primordial en la evaluación del mismo por parte del individuo. Esto, considerando que el componente subjetivo conlleva a demandas, expectativas, asimilación y niveles de satisfacción distintos entre una persona y otra; así pues, no se podría afirmar que las limitaciones de la etapa, la presencia de enfermedades, los tratamientos de las mismas y el retiro de las actividades y responsabilidades generadoras de satisfacción para el individuo influyen necesariamente en la percepción de su calidad de vida.

A su vez, la anterior monografía, hace explícito que el término calidad de vida no es un concepto sencillo, sino que por el contrario, posee gran complejidad dado que amalgama un sinnúmero de componentes, lo cual lo hace susceptible a ser estudiado desde diversos puntos de vista, a saber, el económico, ambiental, ecológico, educativo, político, médico, psicológico y humanista, entre algunos otros. Éste carácter multidimensional ha suscitado entonces incontables controversias al momento de delimitar o dar una definición definitiva del concepto.

Sin embargo, la continua revisión de los mismos y la misma controversia, han permitido generar conceptos cada vez más sólidos y con mayores índices de integralidad, resaltándose entre todos estos aquel que define calidad de vida como un factor en el que se integran características tales como: a) multi-dimensionalidad (referente al consenso alcanzado sobre la convergencia entre aspectos subjetivos y objetivos); b) su comprensión necesaria desde diversos ámbitos; c) reflejar las

normas culturales de bienestar objetivo; d) implicar una valoración de carácter individual y e) su aplicabilidad debe ser tal que sea útil para todas las personas.

De igual forma, el trabajo realizado, permite vislumbrar una de las más importantes anotaciones acerca de la calidad de vida, y es la innegable influencia que sobre su determinación tienen los factores subjetivos, es decir, aquellos que están netamente basados en percepciones del sujeto y que no pueden ser medidos necesariamente a través de estándares o índices, lo cual puede producir que en ocasiones no exista una relación lineal entre las buenas condiciones objetivas de vida y la experiencia subjetiva de una mejor calidad de vida, dado que por encima de un cierto nivel, el determinante fundamental resulta ser el ajuste o la coincidencia, entre las características de la situación y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal y como las percibe él mismo.

Otro punto de necesaria mención en este apartado es la aparente confusión existente en la literatura entre los términos: salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, los cuales son usados, en algunas ocasiones, sin ningún distingo como sinónimos. Resulta pues importante aclarar que salud se concibe como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad; por su parte, estado de salud se puede llamar a aquellas medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos, dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor; siendo por último la calidad de vida relacionada con la salud un concepto que entrelaza los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida).

Resulta importante mencionar también que la visión de la calidad de vida por parte del individuo varía de un momento a otro de su vida, así, un joven tendrá una percepción diferente de la calidad de su vida en comparación con un adulto temprano, pues sus necesidades, aspiraciones y características físicas y mentales son diferentes. La revisión realizada, permite identificar que de todas las etapas del ciclo vital, es la vejez la que mayores dificultades trae en este sentido, pues se vincula en la mayor parte de los casos con la jubilación, además de la renuncia a tareas y responsabilidades que antes eran fuente de satisfacción y definían la identidad de cada persona. De todas las etapas de la vida, la vejez es la que quizá

presenta los retos personales más dramáticos y a ello se suma el deterioro paulatino del estado físico y la posible aparición de múltiples enfermedades.

Sin embargo, y debido a lo anterior, hoy en día los esfuerzos de diversos campos profesionales están apuntando incisivamente al estudio de lo que bien podría ser llamado como la nueva cultura de la longevidad. El presente escrito sirve como marco inicial para la posibilidad de crear una línea de investigación en el área de la gerontología, tomando en este punto un alto nivel de importancia, pues puede considerarse como un sólido cimiento para el adentramiento en un campo poco explorado y que puede, de hoy en más, convertirse en un foco de atención para el campo de la psicología y la gerontología, abriendo amplias perspectivas de trabajo. En otras palabras, no es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en razón a que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida.

Así, a pesar de todas las dificultades que pueda traer consigo la última etapa de la vida, no se convierte en una condición *sine qua non* para la relación entre calidad de vida y vejez tardía, puesto que se ha demostrado que es posible que las personas mayores afronten razonablemente bien el envejecimiento y la vejez, y aunque conscientes de los cambios negativos (pérdidas y disminuciones) en el desarrollo personal, los mayores continúan siendo eficaces en el mantenimiento de una sensación de control y de una visión positiva tanto del auto-concepto como del desarrollo personal. Es por esta razón, que se recomienda que los profesionales de la psicología, inicien el diseño de programas y estrategias que apunten a la preparación de los individuos próximos a iniciar dicha etapa, en la adquisición y fortalecimiento de habilidades y competencias que les permitan modificar sus hábitos, vinculándose a actividades igualmente satisfactorias, compensando así las pérdidas generadas por las limitaciones y disminuciones físicas propias de la edad.

Por último, se recomienda también no abandonar el estudio de la calidad de vida en la vejez tardía, dada la dinámica con que se mueve la sociedad en la que vivimos, las realidades se mantienen en permanente fluctuación, por lo cual se requiere un permanente seguimiento y preocupación respecto a temas que más que repercusiones personales pueden traer consigo también repercusiones sociales, económicas e incluso políticas.

Podría considerarse entonces, el presente estudio, el primer paso a una línea de investigación en el área gerontológica desde la psicología sin excluir la posibilidad de la interdisciplinariedad que logre la integración en los actuales planes de salud de programas diseñados y dirigidos específicamente a esta población, que favorezcan la calidad de vida relacionada a la salud y la percepción de la misma teniendo en cuenta aspectos como padecimiento de enfermedades crónicas limitantes, adherencia al tratamiento, profilaxis, asimilación de las nuevas condiciones de vida familiar, social y económica. Esto último podría constituir un cuestionamiento que conlleve a un nuevo trabajo investigativo, que genere evidencias a cerca de la posible o no relación entre la existencia o ausencia de estos programas en la calidad de vida de los adultos mayores y la percepción de la misma.

Capítulo quinto

Referencias

Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.

Alvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.

Aparicio, M. (2003). *Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres*. [Tesis Doctoral] Universidad Complutense de Madrid, España.

Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychol Health*, 12, 769-781

Arostegui, I. (1999) *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Ponencia presentada a la III Jornada Científica de Investigación sobre Personas con Discapacidad dentro del Simposio "Retos en la respuesta al retraso mental en la vida adulta: Formación, oportunidades y calidad de vida", Marzo, Salamanca.

Badía, X. (1995). *La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos*. En J. Sacristán, J. Badía y J. Rovira (eds.): *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.

Badia, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín & J. Cano (Eds.). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier.

Baltes, P. y Baltes, M. (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, Cambridge University Press.

Baltes, P. (1999). Alter und altern als unvollendete architektur der humanontogenese. *Z gerontol geriatr*, 32, 433 – 448.

Bernabe, H. y Salvador, M. (2003). *Hacia un concepto integral de calidad de vida: La Universidad y los mayores*. España: Universitat Jaume I

Bobes, J., González, P., Bousoño, M. y Suarez, E. (1993). Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Psiquiatría*, (5) 6, 5-10. Recuperado el 28 de marzo de 2009 de http://www.uniovi.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993_Bobes_Desarrollo.pdf

Bobes, J., Bousoño, M., Iglesias, C., González, M. (1995). *Calidad de vida: Concepto*. En: Bobes García J, González G Portilla MP, Bousoño García, editores. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: Prous, p. 1-11.

Brandstädter, J., Ventura, D., y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: outlines of a emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, (16) 2, 323-349.

Buela-Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Cardona D, Estrada A, Agudelo H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica* (26) 2, 206-215.

Cummins, R. (1997). Assessing quality of life. En R. Brown (ed.): *Quality of life for people with disabilities*. Chentelham: Stanley Thornes.

Cummins, R. (1999). A psychometrica evaluation of the comprehensive quality of life scale-fifth edition. En L. L. Yuen y C. Low (eds.): *Urban quality of life: critical issues and options*. Singapore: University of Singapore press.

Díaz, I. (2001). La calidad de vida. Reto y necesidad en el mundo contemporáneo actual. *Santiago*, 94, 51 – 67.

Fernández, R., Zamarrón, M. y Macía, A. (1997). *Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (Inserso). Madrid, España.

Gollás, Varela, Verduzco y Villavicencio (2007). Relación entre la calidad de vida y el tratamiento antipsicótico de los pacientes con Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría «San Fernando» del IMSS. *Psiquis*, 16 (3), 66-77

Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Recuperado el 28 de marzo de 2009 de <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

González, U., Grau, J. y Amarillo, M. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. *Revista Bioética desde una perspectiva Cubana*, 279 – 285.

González, V. y Lobo, N. (2001). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 4, 6-12.

Guijarro, J. (2007). *Diseases in old age*. Servicio de Geriatría. Casa de Misericordia. Pamplona. Recuperado del 28 de marzo de 2009 de <http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp?clase=Enfermedades+Comunes&Id=400>

Guyatt, G., Feeny, D. y Patrick D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118 (8), 622-629

Idler, E., y Kassel, S. (1991). Health perceptions and survival: do global evaluations of health really predict mortality?. *Journal of Gerontology*. (46) 2, 586.

Idler, E., y Benjamini, Y. (1997). *Fifteen years of self-assessed health*. *J. Health Social Behav*, 38, 21-37.

INISA, (1994). *Validación de un instrumento para la medición de la calidad de Vida de personas de 60 años y más*. Programa de Investigación sobre el envejecimiento. San José, Costa Rica: Editorial UCR.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO- (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Altergraf S. A.

Kaplan, G., Goldberg, D., Everson, J., *et al.* (1996). Percieved health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic Herat disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology*, (25) 2, 259-265.

Lawton, M. (2001). Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.): *Handbook of the psychology of aging (5th ed)*. San Diego, CA: Academic Press

Levi, L. y Andersson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. El manual moderno. México.

Lizan, L. (1995). Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. *Aten Primaria* 16 (1), 131-132

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, (1) 1.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Galanos, A. y Vlahos, L. (2008). The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. *Depression and Anxiety*, 25 (9), 730-736.

Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C., Palma, M., Montealegre, M., Batona, M. y Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas psychologica*, (4) 1, 63 – 76.

Porter, G. (1994). Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 24(1), 22-27.

Prieto, O. y Vega, E. (1996). *Temas de gerontología*. Editorial Científico-Técnica. Ciudad de la Habana.

Ramírez, R., Agredo, R., Jerez A. y Chapal. L. (2008). Health-related quality of life and conditions of health in non-institutionalised elderly people in Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10 (4), 529-536

Rapp, C., Gowdy E. y Sullivan, W. (1998). Client outcome reporting: the status meted. *Community Ment Health J*, 24, 118-133.

Reig, A. (2000). *Perspectivas en Gerontología y Salud*. Promolibro. Valencia.

Ríos, L., Ríos, I. y Padial P. (2004). La actividad física en la tercera edad. *Revista MH Salud*, 1 (1), 2-11

Rubio, R., Rico, A. y Cabezas J. (1997). Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. *Geriatría* 13, 271-81

Sánchez, Barrios, Ávila, y De Los Ríos (2005). Quality of life in patients with diabetic nephropathy. *Investigación y educación en enfermería*, (23) 1, 30 – 43.

Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G. & Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista médica de Uruguay*, 15, 103-109.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspecto conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9 – 12.

Velázquez, Villanueva, Flores, Pérez, Fernández y Velázquez (2002). Comparative study about quality of life in an elderly sample from the city of Seville

(Spain) and the city of Iquitos (Peru). Recuperado el 28 de marzo de 2009 de <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/IQUITOS.htm>

Ventegodt, S. (1998). *Estudio sobre la relación entre la calidad de vida y los sucesos traumáticos en la vida temprana - 30 años de seguimiento*. Centro de Investigación de Calidad de Vida. Recuperado el 28 de marzo de 2009 de <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos13.htm>

Vera, M. (2007). Quality of life meaning for the older adult and his family. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68 (3), 284-290

Vinancia, Tobón, Moreno, Cadena y Anaya, (2005a). Assessment of Quality of Life in Patients with Diagnosis of Rheumatoid Arthritis. *International Journal of Psychology and Psychological therapy*, 5, 45 – 60.

Vinancia, Quiceno, Contreras, Zapata, Fernández, Bedoya, Tobón, (2005b). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207 – 221.

Vinancia, Contreras, Palacio, Marín, Tobón, (2005c). *Disposiciones fortalecedoras: Personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide*. *Terapia Psicológica*, 23, 15 – 24.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, A. y Montoya, M. (2007). Quality of life related to health and its relation in patients with diagnostic of slight arterial hypertension. *Diversitas*, (3) 2, 203 – 211.

Vinancia, S., Fernández, H., Quiceno, J., López, M. y Ojalvaro, C. (2008). Health-Related Quality of Life and Social Functional Support in Patients with Diagnosis of HIV/Aid. *Terapia Psicológica*, (26) 1, 125–132