

CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; así, para el caso de México, mientras en 1930 era de 34 años, para 2005 aumentó a más de 70 años (INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada.

De acuerdo con las proyecciones de población (CONAPO, 2004), en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la población. Para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico.

Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (González-Celis, 2002).

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que por un lado se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad.

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no

sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales.

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, "la vejez se construye desde la juventud". Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro.

Sin embargo, estas medidas tendrán que tomarse a partir del conocimiento que se derive del estudio de dicho fenómeno. Por ello, la Psicología promete hacer aportaciones valiosas al estudio del comportamiento de los ancianos y de su entorno, para contribuir con intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

La calidad de vida aparece como objeto de estudio de la Psicología por ser un componente central del bienestar, que está muy relacionado con otros aspectos del funcionamiento humano de naturaleza eminentemente psicológica. De ahí que sea necesario conocer primeramente una definición: ¿qué se entiende por calidad de vida?, ¿cómo se ha operacionalizado dicho constructo?, es decir, ¿cuáles son las dimensiones que abarcan a la calidad de vida?, ¿cómo es evaluada la calidad de vida en la vejez?, y ¿cuál es el impacto de algunas variables psicológicas en la calidad de vida de las personas mayores? Planteamientos que son complejos y que se abordan a continuación.

DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales (Campbely et al., 1976);

sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente (Cardonayet al., 2006). Algunas de las definiciones que se han sugerido son:

Para Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Giusti, 1991).

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (p. 7). Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.

De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Andrews y Withey (1974), por su parte, insisten en que no sólo se trata de un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo.

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (Nieto et al., 1998).

Dicha evaluación puede hacerse en dos formas: es externa cuando un juez ajeno y experto mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su calidad de vida; para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida.

Así, la dimensión objetiva, básicamente, hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas o terceros (evaluación externa), con relación, por una parte, a la funcionalidad física, psicológica y social, y por otra parte a las oportunidades y acceso a los recursos que la persona tiene.

Por otra parte, desde una dimensión subjetiva lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios.

Yasuko et al. (2005) señalan que la satisfacción y la “felicidad” son indicadores de bienestar subjetivo y que éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La felicidad como apreciación global de la vida involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, al evaluarse afectivamente la situación. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias.

Por lo que, como menciona Fernández-Ballesteros (1998), el concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. De tal forma que para estudiar la calidad de vida se debe considerar tanto la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vida como la medición de sus condiciones objetivas.

Así, el concepto de calidad de vida, como lo señalan Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

En las definiciones anteriores se conceptualiza calidad de vida haciendo referencia al bienestar como consecuencia de la satisfacción en los diferentes ámbitos de la vida como el económico, el social y el personal; asimismo, integran a un elemento importante para definir la calidad de vida, como lo es la percepción o valoración que el individuo realiza de la experiencia de su propia vida, aspecto que es también considerado en las siguientes definiciones.

Por su parte, Vinaccia y Orozco (2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

Schwartzmann (2003) definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida es la que presenta Katschnig (2000), quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos. Sin embargo, se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente.

De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper y Power, 1998, p. 551), definición en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos.

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

Ahora bien, ¿qué es lo que determina que una persona tenga una vida de calidad, sentimientos de satisfacción y bienestar, en determinadas áreas de la vida y cuáles son éstas? Las que mejor predicen que las personas disfruten de una buena calidad de vida.

Así, el concepto de calidad de vida ha estado vinculado a otros, como los de satisfacción, bienestar y felicidad, en donde las condiciones objetivas de la vida se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre. Es decir, de factores personales, valorativos y emocionales, a través de las apreciaciones del bienestar subjetivo, proceso por el cual se perciben, estiman y valoran los factores objetivos de la vida.

Es por ello que la Psicología tiene un papel decisivo en la definición de las dimensiones que permitan la operacionalización del constructo de calidad de vida, por lo que a continuación se describen cuáles son algunas de las dimensiones que integran a la calidad de vida, con el propósito de evaluarla.

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida en general ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi y Anderson, 1980).

Asimismo, pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la calidad de vida: a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

La calidad de vida en general consiste en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran. Las investigaciones en esta área se centran en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejor evaluación de la calidad de vida de los individuos.

Parece ser que una de las áreas más importantes de acuerdo con la literatura de investigación es la salud, ya que es el componente predominante y aglutinante de otros factores de la calidad de vida.

Por otro lado, debido al cambio en la prevalencia de las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico, en su mayoría ligados al estilo de vida propio de

ciudades industrializadas, el modelo biomédico ha resultado insuficiente para explicar claramente el desarrollo de estas nuevas enfermedades (por ejemplo, cáncer, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, entre otras), que en definitiva se vinculan con hábitos poco saludables que favorecen su aparición, volcando la atención a la necesidad de adaptación y realización de cambios en los estilos de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas, dando gran importancia a la calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida relacionada con la salud. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, y, en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente, la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida.

La calidad de vida relacionada a la salud incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo que se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida, por ejemplo, el ambiente hospitalario, las relaciones del paciente con el equipo de salud y que afectan su proceso de salud-enfermedad y su calidad de vida. Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos.

En estas investigaciones destacan problemas derivados de la adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales con la familia, con el equipo médico, en el trabajo y en la vida social; problemas vinculados con la autoimagen, autoestima, adaptación ante la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación, incapacidad y deterioro, o con la proximidad de la propia muerte.

De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionados a la salud también incluyan dominios de la vida y reactivos para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es básicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

Para Patrick y Erickson (1993), la calidad de vida asociada a la salud ha sido definida como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada, relacionada principalmente con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. En este sentido, las personas con alguna enfermedad requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Su evaluación debe llevarse a cabo en sus dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo; estas mediciones pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto, mediano y largo plazo, y para evaluar a diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos (López-Carmona y Rodríguez-Moctezuma, 2006).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud 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 (Vinaccia y Orozco, 2005). La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías: físicobiológicas (síntomatología general, discapacidad funcional, sueño), emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración) y sociales (situación ocupacional, relaciones familiares y sociales, recreación). Tal valoración es un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con sus propios

valores, experiencias, creencias, expectativas y percepciones (Vinacciay et al., 2006).

Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, están influidos por las experiencias y expectativas de una persona. En este sentido, la calidad de vida no debe ser evaluada por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro, ya que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, de tal forma que dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.

Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación; en este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

La calidad de vida es hoy en día una cuestión de máxima importancia, sobre todo cuando se habla de enfermos crónicos para los cuales sólo existen medidas terapéuticas paliativas. En la investigación y en la práctica clínica es cada vez más frecuente encontrar trabajos que buscan definir y evaluar la calidad de vida de los pacientes. Concepto que servirá tanto para valorar las condiciones derivadas de una enfermedad o tratamiento como para tener presente la consideración que el enfermo hace de su situación vital, especialmente las consecuencias en su bienestar físico, emocional y social.

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

Es a partir de este tipo de planteamientos que los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona –en este caso específicamente del adulto mayor–, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

Pero ello no es tarea fácil, ya que el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos

con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001). Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

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

Por su parte, Lazarus (1998, 2000) menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control.

Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población (González-Celis, 2009b). Esta depresión es en gran medida propiciada también por la segregación y discriminación de la que son objeto las personas de la tercera edad, debido a la óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la apariencia, capacidad física, competencia y productividad, cualidades que presentan relación inversa al paso de los años, generando así restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida.

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. Se entiende que es un envejecimiento normal cuando se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles –biológico, psicológico y social–, que lo llevan incluso hasta la muerte. En el envejecimiento patológico, esta serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. Sin embargo, una tercera forma de concebir a la vejez, es cuando no sólo se presentan pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se observan una serie de ganancias, y se promueve que las personas mayores aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

Esta forma de concebir a la vejez se conoce como envejecimiento exitoso, saludable o en plenitud (Baltes y Baltes, 1993). Para lograr una vejez exitosa estos autores proponen seguir el modelo SOC que consiste en la selección-optimización-compensación de funciones y/o actividades, que bien vale la pena mencionar que puede aplicarse para cualquier edad y para cualquier función u objetivo; sin embargo, para el caso de personas de la tercera edad, en virtud de la serie de pérdidas y deterioros que se dan conforme envejecen, para llegar a una vejez exitosa, se sugiere seguir dicho modelo, que consiste en seleccionar de todas las funciones y/o actividades que aún conservan y/o realizan, aquellas que al llevarlas a cabo les producen satisfacción y bienestar. Una vez que se hayan seleccionado las actividades a realizar, optimizar los esfuerzos para ponerlas en práctica; y en caso de que no cuenten con todos los recursos o estén deteriorados por el paso del tiempo, compensar o sustituirlos por paliativos, como el uso de lentes de aumento para una mejor visión, o bastón o andaderas para caminar, o aparatos auditivos para mejorar la audición; o el uso de una agenda o cuaderno de notas para anotar lo que pudiera olvidarse o simplemente como un recordatorio.

Así, González-Celis y Sánchez-Sosa (2003) mencionan que en la vejez no sólo se dan pérdidas y deterioros, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. Esta nueva forma de concebir a la vejez se le conoce como una vejez exitosa y se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y

apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales.

En este sentido, la labor del psicólogo está encaminada a ayudar en el proceso de adaptación por medio del fomento de independencia del anciano, integración con su medio, creación de una imagen positiva de la vejez, y el permitir que la persona mayor se sienta útil, promoviendo así un envejecimiento sano y funcional, con una mejor calidad de vida. De ahí la importancia de conocer cuáles son las variables que promueven un envejecimiento exitoso con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

IMPACTO DE VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

González-Celis y su equipo de colaboradores en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México, se han dado a la tarea de evaluar el impacto de algunas variables asociadas a la calidad de vida de los ancianos mexicanos en escenarios diferentes: en dos centros de salud de instituciones del sector salud, y en centros recreativos-culturales para ancianos.

En el primer estudio se analizó la asociación de las variables jubilación (Mercado, 2005), espiritualidad (García, 2006), bienestar subjetivo y actitud ante su propio envejecimiento (Barrón, 2006) con la calidad de vida. En el segundo estudio las variables asociadas a la calidad de vida fueron: enfermedad (Padilla, 2006; González-Célis y Padilla, 2006), soledad (Vera, 2006), tipo de actividades que realizan los adultos mayores (Acuña, 2006), comportamientos saludables (Rodríguez y Pérez, 2006), bienestar subjetivo (Vera, 2006; Acuña, 2006) y autoeficacia (Acuña, 2006; Rodríguez y Pérez, 2006; Vera, 2006). Mientras que en el tercer estudio las variables relacionadas con la calidad de vida fueron espiritualidad y soledad (Flores, 2007; García, 2007; González-Celis y Lázaro, 2007).

Al analizar los resultados del primer estudio, la espiritualidad resaltó como elemento importante en el funcionamiento de la calidad de vida, concordando así con Viamonte (1993) sobre la inclusión de dicho aspecto como uno de los cinco para mantener un equilibrio dentro del bienestar del individuo, posiblemente como estrategia de afrontamiento utilizada por los adultos mayores. La espiritualidad se retoma

no sólo como la pertenencia a algún grupo o asociación de tipo religioso, sino como la creencia de algo que repercute en la vida diaria y el sentido de trascendencia.

Aunque no se encontró una asociación significativa entre las puntuaciones en el dominio de espiritualidad y la asistencia a un grupo religioso, sí se observó que las personas que asistían a un grupo obtuvieron calificaciones más altas en el dominio de espiritualidad que aquellas que no; esto puede reflejar que la pertenencia a un grupo contribuye a aumentar el nivel de espiritualidad, lo cual repercutiría en la calidad de vida de las personas.

En cuanto a la relación entre calidad de vida y jubilación, se halló que los ancianos que se encontraban laborando obtuvieron mejor puntuación de calidad de vida, que aquellos que eran jubilados, lo que indica que este proceso deberá ser contemplado como un cambio importante a afrontar, donde la psicología puede proporcionar herramientas para preparar a las personas ante este acontecimiento, pues el retiro exige como condiciones especiales dicha anticipación, así como la planeación del futuro, tanto en el sentido económico, como en lo referente a la salud, nuevas actividades, planes y desarrollo de nuevas relaciones personales.

La jubilación es uno de los cambios más grandes por los que pasa un adulto mayor, pues generalmente conduce a una pérdida de estatus, reducción de redes de apoyo y disminución o pérdida de los ingresos, lo que implica una redefinición en las relaciones con todas las personas que le rodean, así como también en la manera enfrentar lo que les espera, repercutiendo en todos los niveles de la vida de la persona.

Ejemplo de ello es la ruptura o pérdida de las redes de apoyo, hecho alarmante, ya que éstas son de vital importancia para todo ser humano, más aún para los adultos mayores, pues son éstas las que los ayudan a salir adelante, a no sentirse solos o deprimidos y a mejorar la percepción que tengan de sí mismos (Kalish, 1996). La principal red de apoyo es la familia, por ser el primer contacto del ser humano con la sociedad (Bazo, 1990).

Por otra parte, se encontró una correlación positiva entre bienestar subjetivo y calidad de vida, así como entre nivel de escolaridad y calidad de vida, hecho que es de esperar, pues en otros estudios se ha visto que la formación escolar

tiene una relación positiva con el bienestar y negativa con la depresión y se asocia con mejores resultados en el afrontamiento (Adams et al., 1998; Clark et al. 1992; Johansson et al. 2001; Pelechano y DeMiguel, 1994; Pikler y Winterowd, 2003). Lo primero se fundamenta si se considera que la calidad de vida es un constructo definido como la percepción que las personas tienen acerca de su vida, lo que implica una evaluación subjetiva de su bienestar; mientras que lo segundo se argumenta sobre la base de que, a mayor nivel escolar, es probable que se cuente con un número más elevado de recursos (conocimientos, habilidades y destrezas), con lo que las personas mayores puedan afrontar la vejez de una manera más adecuada.

Otro hallazgo relevante fue que el grupo de ancianos con una actitud positiva hacia su propio envejecimiento se correlacionó positivamente con su calidad de vida, distinguiéndose que la actitud negativa hacia el envejecimiento dependió de factores psicológico-emocionales, más que del deterioro biológico o corporal. Lo que lleva a afirmar que uno de los principales problemas que enfrentan los adultos mayores es el referente al estigma social, el cual adjudica al viejo el rechazo de la sociedad por dejar de ser productivo, que afecta a la percepción de sí mismo como algo negativo; asimismo, la actitud que los adultos mayores tienen respecto a su propio envejecimiento es resultado de su estilo de vida y su historia personal (Pinquart y Sörensen, 2001).

Los resultados encontrados en el segundo estudio dos fueron tales a pesar de que poco más de la mitad de la muestra se ubicó dentro de categorías de calidad de vida aceptables (56%), dado que los integrantes del grupo estudiado asistían regularmente a uno de los cuatro centros recreativos y culturales en la Ciudad de México, de ahí los puntajes moderados y altos en el nivel de calidad de vida; sin embargo, es importante considerar que 27% y 17% de ellos se autopercibe con una calidad de vida regular o pobre, respectivamente, lo que debe seguir siendo motivo de interés para las diferentes disciplinas de la salud, ya que una considerable proporción manifiesta una percepción de calidad de vida pobre.

En el estudio se comprueba lo documentado por Rivera-Ledesma (2003) en el sentido de que la variable de salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos, y que los déficits de salud constituyen el primer

problema para ellos, pues un alto porcentaje de la muestra sufría de alguna afección, reflejando así lo dicho por Burke y Walsh (1998) de que la incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, lo cual a su vez afecta su estado de salud general, su capacidad funcional, su sentimiento de autoeficacia y su calidad de vida.

Asimismo se ratifica que las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad son las crónico-degenerativas (Bazo, García et al., 1999), las cuales se encuentran íntimamente relacionadas con los estilos de vida que se han llevado a lo largo de la vida, por lo que es importante prestar atención a intervenciones de prevención en grupos de edades más jóvenes.

En cuanto a las preocupaciones, la situación familiar es una de las principales. Esto es de esperarse, ya que la familia es un recurso de apoyo básico en la vejez, debido a que con la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar; en este caso, el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa. Además, la familia es una importante red de apoyo social en la vejez; por ejemplo, cuando el cuidado de los nietos está a cargo de los abuelos, éstos esperan ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especie (González-Celis, 2003).

Por otra parte, dado que las puntuaciones de autoeficacia presentan una distribución de porcentajes similar a las de calidad de vida, es probable que la autoeficacia se considere como una variable predictora que contribuye a regular la presencia de algunos factores y comportamientos que influyen en la percepción de las personas (González-Celis, 2009a). Por ello es que se analizaron otros factores relacionados con la autoeficacia, encontrando que la soledad mantiene una relación negativa débil con ésta. Esto indica que, a mayor soledad, menor será la autoeficacia percibida, por lo que se puede afirmar que el fomentar relaciones que ayuden a disminuir el sentimiento de soledad, mejorará la percepción de autoeficacia de las personas, la cual se define como "las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras" (Bandura, 1999, p. 21), diferenciando entre expectativas de eficacia (capacidad para llevar a cabo una conducta) y expectativas de resultado (estimación de que cierta conducta produzca cierto resultado).

Otra variable débilmente correlacionada con autoeficacia fue el bienestar subjetivo, siendo el factor más altamente correlacionado con ésta la actitud hacia su propio envejecimiento, por lo que se puede afirmar que la evaluación que la persona realiza de su situación es importante en la percepción de sus capacidades y límites.

Finalmente, respecto a la correlación de autoeficacia y algunas actividades, se pudo observar que las más relevantes fueron leer y resolver juegos, ya que ambas actividades inciden positivamente en la percepción total de autoeficacia, mientras que otras lo harán de manera muy particular en cada dominio de ésta, lo que resulta importante conocer qué actividades realizan los adultos mayores (Acosta y González-Celis, 2009), para alentarlas y así mejorar la autoeficacia en cada uno de sus dominios.

En el tercer estudio, la proporción de personas con un nivel de calidad de vida moderada fue un poco más de la mitad; sin embargo, al analizar cada uno de los dominios de calidad de vida, se observó que los puntajes no fueron muy altos, siendo el más bajo el correspondiente a salud física, como es de esperarse para este grupo de personas mayores, ya que el deterioro biológico en esta etapa de la vida es inminente (Sánchez Sosa y González-Celis, 2002).

Por otra parte, en esta investigación se confirma que los sentimientos de soledad y el bienestar espiritual se relacionan de manera directa con la calidad de vida de los adultos mayores. Se observó que la soledad –definida como “fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto” (Montero-López Lena, 1998, p.11)– es una variable que afecta de manera negativa la calidad de vida de las personas, en todos los dominios de ésta, ya que la soledad no sólo tiene como consecuencia una sensación desagradable, sino que en algunas dimensiones puede ser más grave, por ejemplo, en la salud tanto física como mental.

A su vez, la espiritualidad y la calidad de vida tienen una correlación que se mueve hacia la misma dirección, observándose también que una buena calidad de vida aumentará la satisfacción existencial, ello en correspondencia a lo reportado por Rivera-Ledesma y Montero-López Lena

(2005) acerca de que la espiritualidad no es necesariamente religiosa.

A menudo se observa una resignación a la “voluntad divina”, lo que justifica las difíciles experiencias del envejecimiento. Ello coincide con Treviño-Siller et al. (2006) en el sentido de que los sentimientos de soledad continúan siendo un factor recurrente con el que se vive el proceso del envejecimiento, lo que pudiera explicar la gran importancia de la religión y el determinismo divino como una especie de justificación de la manera como se vive esta etapa de la vida. Se ha de considerar también que el recurrir a grupos sociales permite sentir la pertenencia a un grupo y disminuir así algunos de los sentimientos de soledad, ya que el soporte social religioso suele ser un elemento presente en la vida espiritual y religiosa de las personas, así como el soporte social familiar constituye por sí mismo un recurso externo determinante para el adulto mayor (Rivera-Ledesma, 2007).

La calidad de vida se asocia con algunos factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológicos, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, la actitud que tienen los adultos mayores con respecto a su propio envejecimiento, así como la valoración de su capacidad y valía, ya que es conforme constatan que en su proceso de vida han satisfecho ciertas necesidades, y cumplido metas o propósitos más placenteramente, que van afrontando su propia vejez (Rivera-Ledesma et al., 2007).

Asimismo, se puede afirmar que de acuerdo con la forma en que las personas mayores satisfagan sus necesidades físicas, psicológicas, de independencia, espirituales, sociales y de su medio ambiente, más agradable les resultará el vivir diariamente.

CONCLUSIONES

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

Resumiendo, el concepto calidad de vida es una categoría que se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo. Esto es posible porque la calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual previamente informada, ya que en su ausencia o con información distorsionada el individuo puede hacer, desear o disfrutar actividades que pueden arruinar su salud o la de los demás como ocurre en el caso de las adicciones, el sedentarismo y conductas disfuncionales como la automedicación.

La importancia de las investigaciones acerca de la calidad de vida en función de las condiciones de existencia y su evolución radica en que se puede valorar el efecto del tiempo y la intensidad en que han estado actuando los estilos de vida o condiciones específicas de intervenciones médicas, psicológicas, educativas o de cualquier otra índole sobre la salud del individuo, sean favorables o desfavorables.

Los estudios sobre calidad de vida permiten ponderar sobre algunas causas del proceso de salud y enfermedad, al estudiar la calidad de vida cotidiana de las personas se obtiene información pertinente que coadyuva a intervenir sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades, a partir de criterios técnicos, de la cultura específica y del grado de equilibrio de la personalidad del individuo.

Otra aportación importante de las investigaciones en calidad de vida es que posibilitan la documentación de los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución; la imagen social e individual que se tiene de la misma y su tratamiento; los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del enfermo; los efectos del ingreso hospitalario, de las relaciones médico-paciente, las características del apoyo familiar, el análisis de los proyectos de vida y las formas en que se percibe todo este complejo proceso.

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

condiciones para propiciar los objetivos de intervenciones biomédicas o psicoterapéuticas (Vergara-Lope y González-Celis, 2009).

La aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar, es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento –y en particular de la psicología– que se debe aprovechar trabajando en su fundamentación teórica y metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia (González-Celis et al., 2009).

El gran reto para los países en desarrollo, como el caso de México, es alcanzar una mejor calidad de vida para los individuos; no sólo se trata de aumentar los años a la vida de una persona, sino de mejorarla y aumentar el bienestar de la gente.

Por último, resulta claro preguntarse: ¿qué medidas pueden ponerse en práctica para asegurar una buena calidad de vida durante la vejez? Lograr un buen grado de bienestar para los adultos mayores requiere de programas de intervención que optimicen los recursos de los ancianos.

Se tiene documentado que, conforme envejecen, las personas cuentan con menos recursos, materiales, biológicos, sociales y psicológicos. Sin embargo, el efecto de la pérdida de los recursos sobre el bienestar subjetivo en personas ancianas muestra que el bienestar no declina con la edad. La gente mayor reorganiza su escala de aspiraciones, esto es, reubica las pérdidas, para mantener sus niveles de bienestar (Baltes, 1998; Baltes, 1997).

Por tanto, debe buscarse fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades (González-Celis, 2009c) y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Es decir, que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Acosta Quiroz, C.O. y González-Celis, R.A.L., 2009. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Revista Psicología y Salud*, 19 (2), pp. 289-293.
- Acuña, M.R., 2006. Asociación entre autoeficacia, tipo de actividades que realizan las personas adultas mayores y su bienestar subjetivo. Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Adams, S.H., Kaufman, L., Ostrove, J.M., Stewart, A.J., y Wink, P., 1998. Psychological predictors of good health in three longitudinal samples of educated midlife women. *Health Psychology*, 17 (5), pp. 412-420.
- Andrews, F.M. y Withey, S.B., 1974. Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1 (1), pp. 1-30.
- Baltes, M.M., 1998. The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11 (4), pp. 411-415.
- Baltes, P.B., 1997. Strategies for psychological intervention in old age. *Gerontologist*, 13, pp. 4-6.
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M., eds., 1993. *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bandura, A., 1999. *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barrón, Y., 2006. Calidad de vida y actitud hacia el envejecimiento en adultos mayores. Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Bazo, M.T., 1990. *La sociedad anciana*. Madrid: Siglo XXI, caps. 4, 5 y 6.
- Bazo, M., García, S., Maiztegui, O. y Martínez, P., 1999. *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Burke, M. y Walsh, M., 1998. *Población adulta mayor*. En: *Enfermería Gerontológica*. Madrid: Masson, pp. 1-50.
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L., 1976. *The quality of life*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Cardona, D., Estrada A. y Agudelo, H.B., 2006. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26 (2), pp. 206-215.
- Clark, M.N., Janz, N.K., Becker, M.H., Schork, M.A., Wheeler, J., Liang, J., et al., 1992. Impact of self-management education on the functional health status of older adults with heart disease. *Gerontologist*, 32 (4), pp. 438-443.
- CONAPO (Consejo Nacional de la Población), 2004. La situación demográfica de México en el 2004. Consultado en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004>
- CONAPO (Consejo Nacional de Población). La situación demográfica de México. Consultado en: <http://www.conapo.gob.mx>
- Fernández-Ballesteros, R., 1998. Calidad de vida: las condiciones diferenciales. *La Psicología en España*, 2 (1), pp. 57-65.
- Flores, G.V., 2007. Ansiedad ante la muerte y calidad de vida en personas adultas mayores. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- García, G.E., 2006. *Espiritualidad y calidad de vida en adultos mayores*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- García, R.M., 2007. *La calidad de vida, los sentimientos de soledad y la ansiedad a la muerte en adultos mayores que asisten a una clínica de salud*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Giusti, L., 1991. *Calidad de vida, estrés y bienestar*. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
- González-Celis R., A.L., 2002. *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Celis R., A.L., 2003. Los adultos mayores: un reto para la familia. En: L.L. Eguiluz, coord. *Dinámica de la familia*. México: Editorial Pax, pp. 127-139.
- González-Celis R., A.L., 2009a. Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. En: R.A.L. González-Celis, coord. *Evaluación en Psicogerontología*. México: Editorial Manual Moderno, cap. 4, pp. 47-74.
- González-Celis R., A.L., 2009b. Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1 (1), pp. 15-28.
- González-Celis R., A.L., coord., 2009c. *Evaluación en Psicogerontología*. México: Editorial Manual Moderno.
- González-Celis R., A.L., y Lázaro, L.G., 2007. *Espiritualidad y sentimientos de soledad sobre la calidad de vida en adultos mayores*. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 9 (1), pp. 44-55.
- González-Celis R., A.L., y Padilla, A., 2006. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la ciudad de México. *Universitas Psychological*, 5 (3), 501-509.
- González-Celis R., A.L., y Sánchez-Sosa, J.J., 2003. Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (1), pp. 143-158.
- González-Celis R., A.L., Trón, A.R. y Chávez, B.M., 2009. *Evaluación de calidad de vida a través del WHOQOL en población anciana en México*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Harper, A. y Power, M., 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, pp. 551-558.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), 2002. *Estadísticas*. Consultado en: <http://www.inegi.gob.mx/>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), 2005. *Densidad de la población*. Consultado en: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/densidad.asp>
- Johansson, B., Grant, J.D., Plomin, R., Pederson, N.L., Ahem, F., Berg, S., et al., 2001. Health locus of control in late life: A study of genetic and environmental influences in twins aged 80 year and older. *Health Psychology*, 20 (1), pp. 33-40.

- Kalish, R., 1996. *La vejez: perspectiva sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Katschnig, H., 2000. Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katschnig, H. Freman y N. Sartorius, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, pp. 3-15.
- Lazarus, R. S., 1998. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. En: I.H Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, eds. *Clinical Geropsychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 109-130.
- Lazarus, R.S., 2000. *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Levi, L. y Anderson, L., 1980. *Psychosocial stress: population, environment and quality of life*. Nueva York: S. P. Books Division of Spectrum Publications, Inc.
- López-Carmona, J.M. y Rodríguez-Moctezuma, R., 2006. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 48, pp. 200-211.
- Mercado, M.R., 2005. *Calidad de vida, jubilación ¿y ahora qué?* Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Montero-López Lena, M., 1998. Soledad y depresión: ¿Fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*, AMEPSO, 7, pp. 62-67.
- Nieto, J., Abad, M. y Torres, A., 1998. Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 4, pp. 75-81.
- Padilla, A., 2006. *¿Cómo afrontan los adultos mayores los problemas y enfermedades?* Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Patrick, D. y Erickson, P., 1993. *Health policy, quality of life: health care evaluation and resource allocation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pelechano, V. y DeMiguel, A., 1994. Habilidades interpersonales y salud en la vejez. En: J. Buendía, comp. *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, pp. 107-149.
- Pikler, V., y Winterowd, C., 2003. Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22 (6), pp. 632-637.
- Pinquart, M. y Sörensen, S., 2001. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, pp. 195-213.
- Rivera-Ledesma, A., 2003. *Espiritualidad y salud mental en adultos mayores*. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rivera-Ledesma, A., 2007. *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M., 2005. *Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos*. *Salud Mental*, 28 (6), pp. 51-58.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., González-Celis R., A.L., y Sánchez-Sosa, J.J., 2007. Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos. *Revista Salud Mental*, 30 (4), pp. 55-61.
- Rodríguez, T. y Pérez, J.M., 2006. *La calidad de vida en el adulto mayor, asociada a la autoeficacia y los comportamientos saludables*. Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México: UNAM.
- Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., 2002. *La calidad de vida en ancianos*. En: L.E. Reynoso y I.N. Seligson, coords. *Psicología y Salud*. México: UNAM-Conacyt, pp. 191-218.
- Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., 2006. *Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica*. En: V. E. Caballo, coord. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Editorial Pirámide, pp. 473-492.
- Schwartzmann, L., 2003. *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9 (2), pp. 9-21.
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B., y Márquez-Serrano, M., 2006. *Experiencias de envejecimiento en el México rural*. *Salud Pública de México*, 48 (1).
- Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C., 2002. *Evaluación de la calidad de vida*. *Salud Pública de México*, 44, pp. 349-361.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J.F.J., 2001. *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- Vera, S., 2006. *¿Los sentimientos de soledad en adultos mayores disminuyen su bienestar subjetivo así como los niveles de autoeficacia?* Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Vergara-Lope, T.S. y González-Celis R., A.L., 2009. *La psicoterapia cognitivo-conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11 (2), pp. 155-190.
- Viamonte, M., 1993. *Al encuentro de la salud y longevidad*. México: Trillas, pp.163-179.
- Vinaccia, S. y Orozco, L., 2005. *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*. *Diversitas*, 1 (2), pp. 125-137.
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Zapata, C., Gonzáles, A. y Villegas, J., 2006. *Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, pp. 125-134.
- Yasuko, B., Romano, S., García, N. y Félix, M., 2005. *Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (1), pp. 93-102.

