

CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD.

QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY

Por: Vaneska Cindy Aponte Daza¹

Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

La Paz-Bolivia

RESUMEN.

El propósito de este artículo es poder analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera, la misma que es parte de varios grupos sociales. Analizar qué factores le garantizan una vida plena a pesar de los años que tiene. Cuáles son las cosas que hacen que su vida sea digna y que la impulsa a hacer la diferencia entre muchas otras personas que tienen las mismas condiciones de vida y llevan una vida sedentaria. Será que el apoyo que recibe y requiere son las adecuadas para continuar con sus actividades. Con este trabajo se intenta contribuir a la valoración y enriquecimiento de un grupo de personas que tradicionalmente se halla alejadas del ajetreo diario de las personas jóvenes y que muchas veces son alejadas de sus propias familias y sus actividades por ya no ser capaces de realizar muchas actividades.

Palabras clave: calidad de vida; ancianos; salud mental; familia; religión

ABSTRACT.

The purpose of this article is to analyze the perception of the quality of life of a person of the third, the same that is part of various social groups. Analyze what factors will ensure a full life despite having years. What are the things that make your life worth and that drives make the difference between many others who have the same living conditions and lead a sedentary life. Will the supports it receives and requires are appropriate to continue with their activities. This paper attempts to contribute to the evaluation and enhancement of a group of people who traditionally is away from the daily grind of young

¹Contacto: vaneska.cindy@hotmail.com

people and are often away from their own families and their activities no longer be able to perform many activities .

Key words: quality of life;elders; mental health;family; religion

RESUMO.

A finalidade deste artigo é analisar a percepção da qualidade de vida de uma pessoa da terceira idade, o mesmo que é parte de vários grupos sociais. Analisar quais os fatores que irá garantir uma vida plena apesar de ser idoso. Quais são as coisas que fazem a sua vida vale a pena e que as unidades de fazer a diferença entre muitos outros que têm as mesmas condições de vida e levam uma vida sedentária. Será que o apoio que recebe e requer são apropriadas para continuar com suas atividades. Este trabalho pretende contribuir para a avaliação e melhoria de um grupo de pessoas que, tradicionalmente, estão longe da rotina diária dos jovens e também estão, muitas vezes longe de suas famílias e não são capazes de realizar muitas atividades .

Palavras-chave: qualidade de vida; terceira idade; saúde mental; família; religião

INTRODUCCIÓN.

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 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 (González-Celis, 2012).

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. 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 (González-Celis, ob.cit.).

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 (ob.cit.).

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 (Ob.cit.)

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 (Gómez, 2014).

MARCO TEÓRICO

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico que ha ido 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 de las personas (Gonzales –Celiz, 2009).

En la actualidad, 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 a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo 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 “Estado de bienestar” (Tuesca Molina, 2012).

Para Vinaccia& 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. 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 (Tuesca Molina, obcit).

El proceso del envejecimiento del organismo humano no se debe reducirse a un mero proceso biológico, se debe analizar el contexto la naturaleza compleja del hombre

que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural (González-Celis, 2009).

Se puede entender la vejez, 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 (Piñera, 2010)

Por su parte, Lazarus (1998; 2000) menciona que a medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales son cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas muchas veces general que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada. El deterioro que se presente tanto físico como mental, hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Gómez-Cabello, 2012).

En la Universidad Nacional Autónoma de México, en su Facultad de Estudios Superiores Iztacala, a la cabeza de Gonzales – Celis y sus colaboradores, se ha hecho la evaluación del 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. Se analizaron la asociación de las variables jubilación (Vilaplana Prieto, 2011), espiritualidad (Vargas, 2010), bienestar subjetivo y actitud ante su propio envejecimiento (Urza, 2010) con la calidad de vida. En el segundo estudio las variables asociadas a la calidad de vida fueron: enfermedad (Vinaccia, 2010), soledad (Vargas, 2012), tipo de actividades que realizan los adultos mayores (Revollo, 2010), comportamientos saludables (Rodríguez y Pérez, 2006), y autoeficacia

(Contreras, 2013). Mientras que en el tercer estudio las variables relacionadas con la calidad de vida fueron espiritualidad y soledad (Flores, 2007).

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; 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. 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 (Duran, 2010).

Las personas de la tercera edad reorganizan su escala de deseos, se debe buscar fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. 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 (González-Celis, 2009).

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a 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, producto que el avance social está orientado hacia esa dirección: buscar un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida (Delgado, 2010).

Los estudiosos de la calidad de vida conciben la importancia de la valoración subjetiva. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se

orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre esta los medicamentos o la enfermedad (Delgado, ob.cit.). Si se toma en cuenta las variables que involucran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida se entenderán de la siguiente forma:

- Autonomía que estará definida como capacidad funcional y se describe como la posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar actividades básicas e instrumentales - el soporte social que se refiere a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionarlos con los demás (Duran, 2010)

- Salud mental el cual involucra el grado de armonía psicoemocional presente en el adulto mayor y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad del abuelo para la realización de dichas actividades (Vivaldi, 2012)

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Fernández-Ballesteros, 2013)

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. Bienestar se ha identificado con desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, con el estado de salud, con la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos o salarios con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar (Prado, 2010)

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés (Valencia, 2012).

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macro social como en las experiencias individuales. Cómo dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, cómo hacer frente al mantenimiento de un hogar en ocasiones con hijos dependientes- con una pensión, cómo enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. Son sólo algunos temas que necesitan un abordaje teórico y práctico responsable y riguroso (Valencia, ob.cit.)

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Watanabe, 2014).

Se parte de un concepto teórico de calidad de vida formulado por Fernández-Ballesteros (1992) que plantea las siguientes asunciones: Aunque la calidad de vida en la tercera edad, cualquiera que sea el contexto de referencia mantiene aspectos comunes, comparativamente con otros grupos de sujetos, la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores importantes en otros grupos de edad,

por ejemplo, referidos al trabajo y donde existen otros idiosincráticos que tiene que ver con el mantenimiento de las habilidades funcionales o de auto cuidado (Nápoles, 2014).

En segundo lugar, la calidad de vida es un concepto multidimensional cualquier reducción (frecuente entre los instrumentos de calidad de vida desarrollados desde la medicina) a un concepto mono factorial de salud resulta inadmisibles y atenta contra los a priori del concepto. Es decir, la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también. Ello implica que habrán de contemplarse factores personales (la salud, la autonomía, la satisfacción) así como factores socio ambientales o externos (las redes de apoyo, los servicios sociales, etc.) (Fernández-Ballesteros, 2008).

Una tercera asunción, hace referencia a que el concepto de calidad de vida debe contener tantos aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Esta cuestión parte de la decisión sobre si, calidad de vida, es un concepto puramente subjetivo, en el sentido de que son aspectos percibidos de la realidad los que deberían tomarse en cuenta a la hora de su conceptualización, o como defienden otros autores entre ellos Fernández-Ballesteros (2008), la definición operativa de la calidad de vida debe pasar por la utilización de indicadores objetivos los cuales darían cuenta de aspectos reales y observables que contribuirían al bienestar de la persona (Alonso, 2010).

Pero esta consideración conceptual de lo objetivo y subjetivo se solapa con una consideración metodológica, a saber, que la evaluación de la calidad de vida debería ser multidimensional. Es decir, que cualquier dimensión objetiva de la calidad puede ser evaluada o medida a través de distintos métodos, los cuales pueden ordenarse según un continuo "directo-indirecto" según intervengan más o menos fuentes metodológicas de error. Así, por ejemplo, a la hora de evaluar la salud objetiva de un individuo podemos someterle a complicados exámenes clínicos (análisis de sangre, pruebas biológicas sobre presión sanguínea, capacidad vital, etcétera), se puede pedir la valoración de su médico, podemos preguntarle al propio sujeto sobre "hechos" relevantes sobre su salud; es decir,

cuantas veces ha ido al médico en los últimos quince días, cuantas enfermedades crónicas ha padecido en el último año, o podemos obtener su masa corporal preguntándole por su talla y por su peso (Alonso, ob.cit.).

Todas estas formas de indagación de la salud son más o menos "objetivas" en función de que los métodos sean más o menos directos y, desde luego, hay mayor precisión en la información sobre la presión sanguínea siendo tomada ésta por un especialista con un dinamómetro con columna de mercurio y un estetoscopio en condiciones estándar que preguntándole a la persona cuál es su presión sanguínea. Estos ejemplos referidos a la salud pueden ser ampliados con otros referidos a otras dimensiones como, por ejemplo, las "redes de apoyo Social" (ob.cit.).

Este concepto interviene en la calidad de vida; sin embargo podemos diferenciar en él una dimensión subjetiva (el grado de satisfacción que siente una persona en sus relaciones familiares y sociales) y una dimensión objetiva (la frecuencia de contactos sociales o la existencia de apoyos sociales brindados por la comunidad). A la vez, cada una de estas dimensiones pueden ser evaluadas por procedimientos más o menos directos: es decir, se puede observar (la observación, llevada a cabo por expertos, es considerado un método directo de evaluación de la conducta manifiesta) cuantas personas visitan a un sujeto o preguntárselo (método más indirecto). (ob.cit.).

Por otra parte, hay que resaltar que, desde luego, cuando se trata de tener en cuenta aspectos subjetivos de la calidad de vida el método "más directo" es el auto informe del propio sujeto. Se puede concluir diciendo que la evaluación de la calidad de vida no sólo tiene que ser multidimensional y tiene que contemplar componentes subjetivos y objetivos sino que, preferentemente, debe contener distintos métodos de medida de los distintos componentes y dimensiones (Díaz, 2011).

MÉTODO.

El presente artículo es un estudio de caso de tipo cualitativo, la técnica que se utilizó es la entrevista a profundidad, donde la construcción de datos se va edificando poco a poco, en un proceso largo y continuo.

La investigación cualitativa, está reservada a la construcción o generación de teorías, a partir de una serie de observaciones de la realidad objeto de estudio, haciendo uso del método inductivo, según el cual se debe partir de un estado nulo de teoría. Según Martínez (2011): “en la práctica es difícil ignorar la teoría acumulada, ya que esta es importante antes de comenzar el proceso de investigación; es decir, el primer conocimiento común ganado a través del proceso de socialización, inevitablemente influirá en la formulación de las hipótesis por parte del investigador... el investigador debe abstenerse de la apropiación no crítica de esta reserva de ideas”. Por consiguiente, “comenzar sin nada o con una absoluta limpieza del estado teórico no es ni práctico, ni preferido”.

La entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa de mucha utilidad siempre y cuando se mantenga el grado de exactitud en las descripciones e interpretaciones de las entrevistas. Así Gonzales Martínez (2002) argumenta que la honestidad, la adecuación de las herramientas y los procedimientos utilizados durante las fases del estudio así como la capacidad de corroborar las conclusiones con evidencias, son la base para la validez y reconocer un buen trabajo (Ferrante, 2011)

Se debe lograr que la interpretación y análisis del fenómeno a estudiar contenga elementos suficientes de “neutralidad”, para que cualquier investigador pueda, siguiendo los mismos métodos, llegar a resultados similares, es importante comprobar que los resultados sean confiables y corroborar que el procedimiento de la investigación haya sido consistente durante su recorrido. Como entrevistados se debe tomar distancia, ya que es importante disminuir las cargas de valor que se incluyan en el estudio, pues los datos tienen

que reflejar lo más posible las perspectivas y las experiencias de los participantes (Ferrante, ob.cit).

La interpretación de los datos es el centro de la investigación cualitativa, aunque su importancia se ve de diferente modo en los diversos enfoques. A veces, como en la hermenéutica objetiva y el análisis de conversaciones, la investigación se abstiene de utilizar métodos específicos para la recogida de datos, aparte de hacer registros de las situaciones cotidianas. La codificación del material con el propósito de categorizar, de desarrollar una teoría o de ambas cosas y, por otra, el análisis más o menos estrictamente secuencial del texto que intenta reconstruir la estructura del texto y del caso. Para la presente investigación se utilizó la codificación teórica, ya que es un procedimiento de análisis de datos que se han recogido para desarrollar una teoría fundamentada. La interpretación es el punto de anclaje para tomar decisiones sobre qué datos o casos integrar después en el análisis y cómo y con qué métodos se deben recoger. La categorización en este procedimiento se refiere al resumen de estos conceptos en conceptos genéricos y a la elaboración de las relaciones entre los conceptos y los conceptos superiores (Flick, 2012).

La codificación del material con el propósito de categorizar, de desarrollar una teoría o de ambas cosas y, por otra, el análisis más o menos estrictamente secuencial del texto que intenta reconstruir la estructura del texto y del caso. Para la presente investigación se utilizó la codificación teórica, ya que es un procedimiento de análisis de datos que se han recogido para desarrollar una teoría fundamentada. La interpretación es el punto de anclaje para tomar decisiones sobre qué datos o casos integrar después en el análisis y cómo y con qué métodos se deben recoger. La categorización en este procedimiento se refiere al resumen de estos conceptos en conceptos genéricos y a la elaboración de las relaciones entre los conceptos y los conceptos superiores (Flick, ob.cit.).

También se utilizó la codificación abierta ya que trata de expresar los datos y los fenómenos en forma de conceptos. Con este fin, se desenmarañan los datos, se clasifican

las expresiones por sus unidades de significado (palabras individuales, secuencias breves) para asignarles anotaciones y sobre todo “conceptos” (códigos) (Ob.cit).

Tabla #1 Categorías del estudio

CATEGORIA	DEFINICION	SUBCATEGORIA	PREGUNTAS
Espiritualidad	La espiritualidad puede entenderse como un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda trascendente, sagrado o divino. En tanto representaciones acerca de un poder final, contribuyen a dar un sentido y propósito en la vida, y orientan la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como a sí mismos.	<ul style="list-style-type: none"> - Dios - Iglesia. - Misas. - Retiros espirituales. - Ayuda a las personas necesitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Creyente de Dios. - La importancia de la religión en su vida. - Cuantas veces a la semana va a misa. - Motivos por los cuales asiste a misa, - Cada cuanto tiempo asiste a los retiros espirituales. - Su vida está ligada a la voluntaria. - Ayuda a los necesitados. - De qué manera ayuda a las personas de bajos recursos. - Porque se acercó a Dios. - Que espera en la vida religiosa
Familia	La calidad de vida y la familia puede ser un estado dinámico de bienestar de la familia,	<ul style="list-style-type: none"> - Hijos. - Nietos. - Bisnietos. 	<ul style="list-style-type: none"> -La relación con sus hijos. - Con cuál de sus hijos vive. -Como es la relación con

	definido de forma colectiva y subjetiva y valorado por sus miembros, en el que interactúan las necesidades a nivel individual y familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Familia de su esposo. - Hermanos. - Relación con ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> - sus nietos, bisnietos. - Como se lleva con la familia de su esposo. - Tiene hermanos vivos. - Como se lleva con sus hermanos - Con sus cuñadas - Con sus sobrinos.
Salud		<ul style="list-style-type: none"> - Sueño. - Salud general. - Movilidad. - Auto medicarse. - Medicamentos para la presión. - Cuidado en su salud. - Adhesión al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada cuanto asiste al médico. - Que tratamientos médicos sigue. - Que enfermedades tiene. - Sufre algún malestar físico. - Algún malestar emocional - Se auto medica - A qué hora toma sus medicamentos. - La alimentación que tiene. - El auto cuidado que tiene de sí misma
Vida social		<ul style="list-style-type: none"> - Amigas. - Grupo de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene amigas. - De donde las conoce

		tercera edad. - Asociación de viudas de Beneméritos.	- Hace cuanto son amigas - Que actividades comparten. - Cuantas veces a la semana se reúnen. - Qué función tiene en el grupo de la tercera. - Cuáles son las funciones en la asociación de viudas. - Que otras actividades realiza
--	--	---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se utilizó los árboles de cognemas para la subcategorización de cada una de las categorías para así definir cuál de dichos factores eran relevantes para la investigación. El árbol cognemas revisa la existencia al menos una mínima relación que permite hablar de asociación entre una categoría y otra al igual que entre sus subcategorías.

El análisis temático, definido como un método para el tratamiento de la información en investigación cualitativa, que permite identificar, organizar, analizar en detalle y reportar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura y re-lectura de la información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión/i interpretación del fenómeno en estudio. El identificar, establecer e informar temas y estructuras, permite tanto revelar las experiencias, significados y realidades de los sujetos, como examinar las circunstancias en que los eventos, realidades, significados y experiencias son efectos de los discursos de la sociedad (Braun y Clarke, 2006).

En el estudio de caso no se selecciona una muestra representativa de una población sino una muestra teórica. Así, “el objetivo de la muestra teórica es elegir casos que

probablemente pueden replicar o extender la teoría emergente, deben adicionarse el número de casos hasta la saturación de la teoría”. La selección del participante fue al azar, la misma asiste al grupo de la tercera de la Iglesia de San Francisco, es miembro fundador del mismo hace 20 años, la terapia comenzó porque ella se sentía un poco triste porque su esposo falleció hace 3 años y aun siente su ausencia, se trabajó bajo este problema y luego se le pidió permiso para analizar su calidad de vida, a la cual acepto muy gratamente, se tuvieron 4 sesiones, en las cuales se hablaron de varios aspectos de su vida que ayudaron al análisis de su calidad de vida.

Se le presentó un consentimiento informado, el cual es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el investigador en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. Ella firmó dicho documento, sin ninguna presión y libre de poder retirarse en el momento en que se sienta incomoda con alguna pregunta.

Esta investigación ayudara a la Sra. K, a establecer si está llevando una adecuada calidad de vida para una persona de su edad, en que aspectos tiene que mejorar y en que otros tiene que mantenerse, para ella es muy importante la parte espiritual, y quiere que esa importancia este en todas sus actividades.

RESULTADOS.

Para este artículo, se estudió el caso de una persona de la tercera edad; ella tiene 89 años, tiene 8 hijos, 4 que son suyos y cuatro que son sus hijastros del primer matrimonio de su esposo. Tiene 20 nietos, 30 bisnietos y un tataranieta. Vive en su casa con sus dos hijos menores y su familia de ellos. Es una persona activa religiosamente, y socialmente.

En el siguiente cuadro se puede ver las categorías que se observaron durante la entrevista a la Señora K.

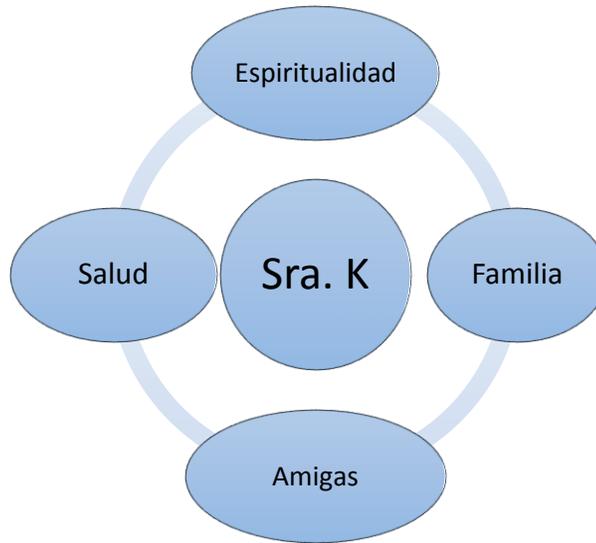


Figura 1. Las categorías principales de la calidad de vida.

En este primer cuadro se puede ver que las categorías a estudiar están definidas y diferenciadas que serán estudiadas y analizadas.

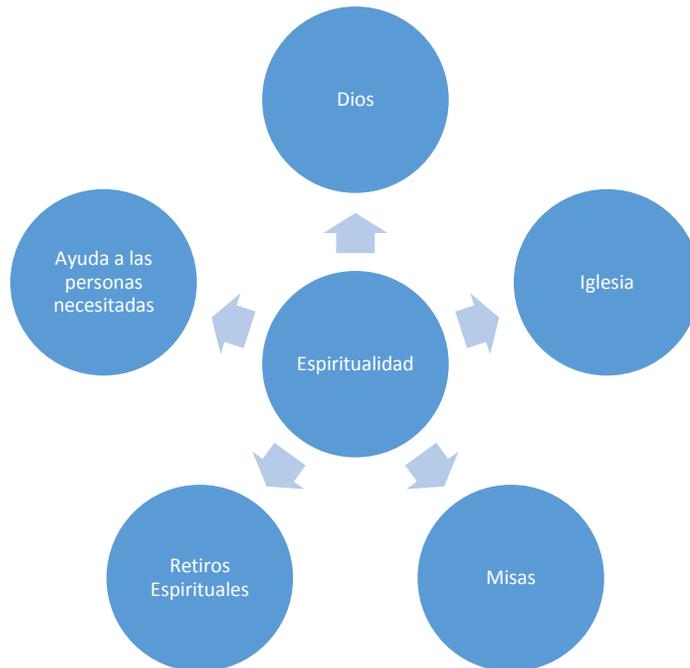


Figura 2. Categoría Espiritualidad y sus subcategorías

Dado que tanto en el proceso de envejecer como en la evaluación de la vida que suele ocurrir al aproximarse a la muerte, pueden surgir conflictos, confusión y sufrimiento, la concepción que las personas tengan acerca de lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de porqué y para que de la vida, resultan determinantes en el bienestar psíquico de los adultos mayores(San Martín, 2007).

Por lo tanto se puede sostener que todo profesional que trabaja con adultos mayores, y en particular los profesionales de la salud mental, deben poder considerar los referentes espirituales del propio individuo para ayudarlo de buena forma con los problemas que puedan surgir en el proceso de envejecimiento. (San Martín, ob.cit.)

La Señora K, busca el apoyo de la religión y de la espiritualidad, ella siente que si esta cerca de Dios todo es posible para ella, asiste a varias actividades dentro de la iglesia lo cual le permite también estar activa y no quedarse en casa para aburrirse y envejecer sin sentido.

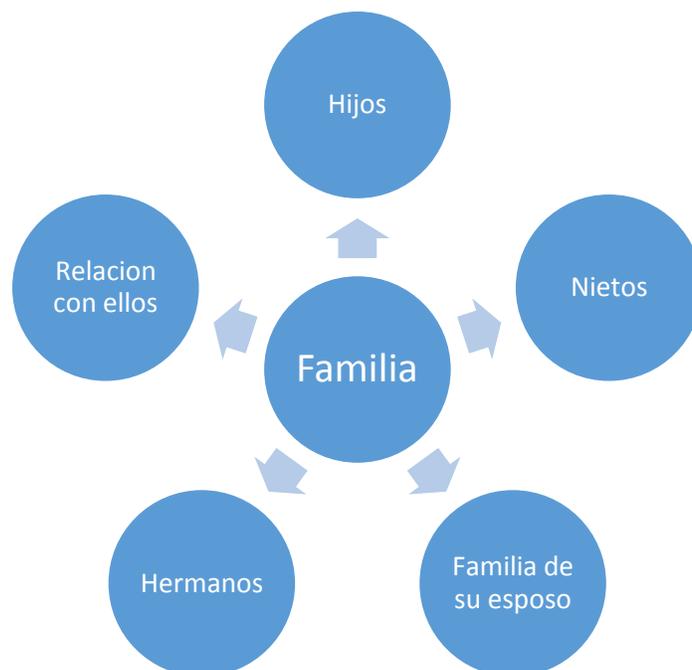


Figura 3. Categoría Familia y sus subcategorías.

La familia cumple un papel central para el bienestar de las personas mayores, ya que, es el contexto más inmediato, donde se da la interacción personal y los contactos cara a cara, es además, el ámbito de protección y socialización. La disposición o no de una red familiar de apoyo representa un elemento importante para la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y sobre todo, de dependencia cuando hay situaciones de enfermedad crónica (Ramírez, 2008).

Ante la vulnerabilidad a la que están expuestos los adultos mayores se deberá proponer la solidaridad familiar, debido a que, la familia tendrá que ocuparse de sus mayores durante más tiempo y en condiciones de salud, cada vez más deterioradas, puesto que, el envejecimiento de la población acarrea enfermedades degenerativas e incrementa situaciones de dependencia (Ramírez, ob.cit).

Como se puede ver en la Figura 3, la señora K está rodeada de familiares, su familia extensa está al pendiente de ella y le permite realizar las actividades que le gustan porque siempre hay alguien pendiente a ella.



Figura 4. Categoría Vida social y sus subcategorías

Las personas requieren, en el transcurso de su vida y hasta la muerte, de un conjunto de interacciones personales capaces de proporcionarles diversos tipos de ayudas que les permita reproducir su vida dentro de un cierto nivel de calidad. Dichas interacciones generalmente provienen de la red social más próxima y suelen ser de tipo emocional, material e instrumental; éstas últimas se traducen en la provisión de ayuda en la solución de problemas y afrontamiento de situaciones difíciles (Peñaranda, 2006).

La señora K tiene tres grupos marcados de amigas, en una de ellas es la presidenta lo que la mantiene ocupada en las reuniones, planes de viajes y actividades los domingos en el Prado de la ciudad de La Paz, en la otra ella es responsable del té y de mantener el orden es de cierta forma la presidenta de la organización, y con sus amiga de vida se ven cada 15 días para compartir y pasar un tiempo juntas.

Es una persona ocupada y le gusta mantenerse activa, lo que le permite tener una vida más tranquila.

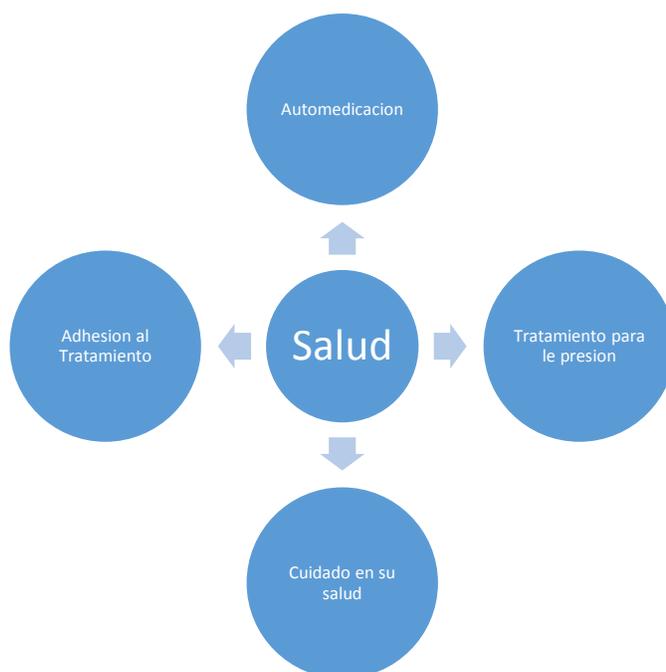


Figura 5. Categoría Salud, y sus subcategorías

Sobre el concepto de salud funcional en la vejez hay que señalar que evidentemente, el estado funcional de la persona depende del estado de salud en otras áreas (Salud física, estado cognitivo y afectivo y situación social), pero algunos déficit por sí mismos no son determinantes. Mas bien, las diferentes condiciones medicas, psicológicas y sociales interaccionan entre sí provocando una repercusión funcional y si esto sucede así en cualquier comento evolutivo, las condiciones de vulnerabilidad o de fragilidad propias de la vejez hace que los déficit físicos, psicológicos y sociales se relacionen entre sí de modo que, a veces, es difícil distinguirlos, pero es evidente que existe una espiral de exacerbación del problema(Campos, 2001).

Las subcategorías que vemos, muestran que la señora K cuida de su salud, y que se preocupa por cumplir con la medicación que se le, al igual que no le gusta dejar inconcluso un tratamiento médico, considera que la salud es lo más importante, y que para seguir teniendo una vida activa, debe cumplir los tratamientos. No le gusta auto medicarse, prefiere tomar remedios caseros hasta que pueda ir al médico. Por su presión alta, asiste al médico cada 30 días para que le hagan sus chequeos y ahí aprovecha de ser atendida de otras molestias que pueda presentar.

CONCLUSIONES.

Se puede concluir que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Deber ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y socio-histórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud.

Las personas de la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial con la familia que los rodea. Las personas mayores pueden desarrollar su creatividad de diferente forma y esto ayudara sin duda a que llenen su tiempo y ensanchen su espíritu.

Se debe tratar de que estas personas recuerden actividades de su juventud, las cuales no solo ayudaran con su memoria si no que ayudara a que puedan recordar momentos gratos y las historias de sus vidas. Se ha descubierto que dan motivación y energía ante la vida, que producen alegría y optimismo, que disminuyen el dolor, que contribuyen a la sensación de bienestar y que estimulan los sentimientos de gratitud y satisfacción existencial

Las actividades que rodean al adulto mayor en la mayoría de los casos son desmoralizadoras, por esto es necesario que la persona tome las riendas de su ser y de sus actos. El secreto para alcanzar y permanecer dignamente en esta etapa de vida es lograr un vida física y psíquica sana y activa durante el mayor tiempo posible, saber enfocar los acontecimientos de vida de una manera positiva, de modo que sea el sujeto quien domine las circunstancias y sepa extraer de cualquier evento provecho propio

Por eso un mejor envejecimiento estará influido por la calidad de vida en diferentes etapas del ciclo vital, por lo cual, la calidad de vida debe ser vista a través del curso de la existencia de cada persona.

En el análisis de caso podemos analizar que son varios factores los que influyen la calidad de vida de esta persona de la tercera edad. Como cada uno influye de manera positiva para que la misma tenga una vida plena y que tenga ganas de vivir y seguir realizando actividades tanto dentro como fuera de su casa.

Los factores que más influencia tienen son: la espiritualidad, ya que es donde se apoya y encuentra consuelo para sus problemas, siente que ayudando a los más necesitados y compartiendo tiempo con las personas que la necesitan encontrara la gloria eterna junto con su esposo. Otro factor es la de salud, considerando su salud como algo importante para poder continuar realizando sus actividades diarias, siempre está atenta a los tratamientos médicos. La salud es algo importante en la tercera edad ya que las defensas van disminuyendo y son propensos a cualquier enfermedad, en especial cuando tienen alguna emoción fuerte.

La soledad, la depresión entre otras cosas son los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida, y solo dejan que la vida se les vaya sin ningún tipo de motivación.

Cuando una persona de la tercera edad tiene una calidad de vida buena, ellos buscan actividades porque sienten que aun son útiles para la sociedad, en especial para sus propias familiar y para ellos mismos. Sienten que aun pueden entregar muchas cosas de ellos mismos y que no hay nada que les quite la alegría de seguir viviendo.

REFERENCIAS

1. Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 22, 1146-1162.
2. Alonso, M. Á. V., & Schalock, R. L. (2010). últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.
3. Alvarado, B., Zunzunegui, M., Béland, F., & Bamvita, J. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 63, 1399-1406.

4. Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8, 49-55.
5. Azpiazu, M., Jentoft, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N., & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 683-699.
6. Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
7. Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*, 12, 193-197.
8. Boone, J., & Wink, P. (2006). The Third Age: A rationale for research. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 26, 19- 34.
9. Bozo, O., Toksabay, N., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *Journal of Psychology*, 143, 193-205.
10. Chávez Negrín E. Algunas Consideraciones sobre envejecimiento demográfico y subjetividad Social en Cuba. *Ponencia presentada en la Convención Intercontinental de Psicología y Ciencias Sociales y Humanas*. La Habana, nov. 2005
11. Chen, S., & Chan, A. (2006). Relationship with others and life satisfaction in later life: Do gender and widowhood make a difference? *Journal of Gerontology*, 61, 46-53.
12. Contreras, F., Espinosa, J. C., & Esguerra, G. A. (2013). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*, 18(2), 165-179.
13. Delgado, P., & Salcedo, T. (2010). Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. *La Sociología en sus escenarios*, (17).
14. 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.
15. Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., & Valle, C. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
16. Díaz, J., Espinoza-Navarro, O., Rodríguez, H., & Moreno, A. (2011). Prevalencia de patrones antropométricos y fisiológicos en población de adultos mayores, sobre los 60 años en Arica, Chile. *International Journal of Morphology*, 29(4), 1449-1454.

17. Domínguez, T., Espín, A., & Bayorre, H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 418-422.
18. Duran, A. V., Uribe, A., González, A., & Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *UnivMéd Bogotá*, 51, 16-28.
19. Durán, M. M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84.
20. Escobar, M. A., Puga, D., & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 637-651.
21. Fernández, N., Clúa, A., Báez, R., & Ramírez, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*, 16, 6-12.
22. Fernández, S., Almuníña, M., Alonso, O., & Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39, 77-81.
23. Fernández-Ballesteros, R. y Marcia, A. (1993): "Calidad de vida en la vejez", en *Intervención Psicosocial*, vol. 2(5); 7-94.
24. Ferrante, C., & Ferreira, M. A. (2011). Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 5(2).
25. Fiori, K., Smith, J., & Antonucci, T. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *Journal of Gerontology*, 62, 322-330.
26. Flick, U. (2012). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: *Morata*.
27. García, V., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 586-592.
28. Gómez, J. A. (2014). La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Boletín CF+ S*, (3).
29. Gómez-Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila-Maldonado, S., Casajús, J. A., & Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. *Nutrición hospitalaria*, 27(1), 22-30.
30. Hambleton, I., Clarke, K., Broome, H., Fraser, H., Brathwaite, F., & Hennis, A. (2005). Historical and current predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 342-352.

31. Hicks, J., Epperly, L., & Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles*, 45, 15-30.
32. Katschnig, H. Freman y N. Sartorius, eds. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: *Masson*, pp. 3-15.
33. Kleinspehn, A., Kotter, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age?. *Journal of Gerontology*, 63, 377-385.
34. Lehr U. (1994): "La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social". Madrid, *Siglo XXI. RevMed. del Instituto Mex. del seguro social*. 2000; 38 (2):125 – 129.
35. López-Carmona, J.M. y Rodríguez-Moctezuma, R., 2006. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo2. *Salud Pública de México*, 48, pp. 200-211.
36. Love, A., Goldman, N., & Rodríguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults?. *Journal of Gerontology*, 63, 321-327.
37. Maldonado Islas, G. et al. Calidad en la atención del adulto mayor en Medicina familiar. *RevMed. del Instituto Mex. del seguro social*. 2000; 38 (2):125 – 129.
38. Martínez Carazo, P. C. (2011). El método de estudio de caso estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista científica Pensamiento y Gestión*, (20).
39. Martínez I. La calidad de vida de los mayores del futuro para la mejora de la salud, la educación y las pensiones. *Rev Sesenta y Más 2000*; 178:46-51.
40. Mella, R., González, L., D' Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13, 79-89.
41. Mendoza, M.I. (1996). Recursos de apoyo social y bienestar en la Tercera Edad. Tesis doctoral no publicada. *Universidad de Sevilla*.
42. 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*.

43. Montero-López Lena, M., 1998. Soledad y depresión: ¿Fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México, AMEPSO*, 7, pp. 62-67.
44. Moreno, B. y Jiménez, C. (1996): "Evaluación de la calidad de vida", en G. BUELA-Casal, V.E. Caballo y C.J. Sierra (eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, Madrid, Siglo XXI; 1045-1070.
45. Nápoles, N. E., García, M. M., Mariño, M. G., & Sarabia, M. M. (2014). Enfermedad periodontal en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 10(1).
46. 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.
47. Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, eds. *Clinical Geropsychology*. Washington, D.C.: *American Psychological Association*, pp. 109-130.
48. Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud [documento en línea]. 2006 Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
49. Owen W. Calidad de vida en la tercera edad. Departamento Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas 'Mariana Grajales' 2002. Disponible en: [url:http://www.jbp.com/jbjoorls/tpcq.hrdq-3art.html](http://www.jbp.com/jbjoorls/tpcq.hrdq-3art.html)
50. 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*.
51. Patrick, D. y Erickson, P., 1993. Health policy, quality of life: health care evaluation and resource allocation. Nueva York: *Oxford University Press Pelechano*, V.
52. 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.
53. Pinguart, M., & Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-214.
54. Pinguart, 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.

55. Piñera, W. J. D., Villar, Y. G., Fernández, T. M. L., Padua, G. R., & Padrón, H. D. (2010). Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana Aging and invalidity. New challenges for the Cuban society. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 11(1), 38-46.
56. Prado, A., & Sojo, A. (2010). Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral. *CEPAL*.
57. Prieto, M. E., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., & Ahmed, K. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 301-313.
58. Quintero DG. Aspectos socio-psicológicos del envejecimiento. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto RO, Vega GE. *Temas de Gerontología*. La Habana: *Edit. Científico Técnica*; 1996.p.28-32.
59. Rebollo, J. F. V., & Castiñeira, C. J. B. (2010). Renovación y reestructuración de los destinos turísticos consolidados del litoral: las prácticas recreativas en la evolución del espacio turístico. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, (53), 329-353.
60. Reyes, C., Camacho, M., Eschbach, K., & Markides, K. (2006). El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. *Colombia Médica*, 37, 45-49.
61. Rioseco, R., Quezada, M., Ducci, M., & Torres, M. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 147-153.
62. Rivera M. La calidad de vida de las personas mayores en una zona de 5. salud de huelva portularia 4, 2004, [199-208], issn 1578-0236. *universidad de huelva*
63. Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M., 2005. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28 (6), pp. 51-58.
64. 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*.

65. 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: propiedadespsicométricas en adultos mayores mexicanos. *Revista SaludMental*, 30 (4), pp. 55-61.
66. Rivera-Ledesma. A., 2003. Espiritualidad y salud mental en adultos mayores. Tesis de Maestría. México: Facultad dePsicología, UNAM.
67. 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.
68. Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., 2002. La calidadde vida en ancianos. En: L.E. Reynoso y I.N. Seligson, coords.Psicología y Salud. México: UNAM-Conacyt, pp. 191-218.
69. Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of HappinessStudies*, 9, 13-39.
70. 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 informespsicológicos. Madrid: Editorial Pirámide, pp. 473-492.
71. Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 11, 17-21.
72. Santiesteban, I, 2009. Calidad de vida y su relación con el envejecimiento
73. Schwartzmann, L., 2003. Calidad de vida relacionada con lasalud: aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9(2), pp. 9-21.
74. Tomás, M., Meléndez, J., & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 304-310.
75. Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B., y Márquez-Serrano, M.,2006. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*, 48 (1).
76. TUESCA MOLINA, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.

77. Valencia, M. I. B. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194.
78. Vargas-Escobar, L. M. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 62-76.
79. Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C., 2002. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, pp. 349-361.
80. Velasco, M.L. y Sinibaldi, J.F.J., 2001. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: *Manual Moderno*.
81. Vera, S., 2006. ¿Los sentimientos de soledad en adultos mayores disminuyen su bienestar subjetivo así como los niveles de auto eficacia? Reporte de investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
82. 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
83. Viamonte, M., 1993. Al encuentro de la salud y longevidad. México: *Trillas*, pp.163-179.
84. 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.
85. Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., & Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.
86. 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.
87. Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
88. Watanabe, B. Y. A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.

89. Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M., Bridges, K., &Stuss, D. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 153-165.
90. 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

Artículo recibido en:

13/04/2015

Manejado por:

Editor jefe de Ajayu

Aceptado en:

5/06/2015

No existen conflictos de intereses