

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR BENEFICIADO DEL APOORTE
ECONÓMICO DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL EN LA
CABECERA DE CHIMALTENANGO."
TESIS DE GRADO**

ESTHER SAKIL PEREIRA
CARNET 22826-08

LA ANTIGUA GUATEMALA, ABRIL DE 2016
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR BENEFICIADO DEL APOORTE
ECONÓMICO DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL EN LA
CABECERA DE CHIMALTENANGO."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

ESTHER SAKIL PEREIRA

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

LA ANTIGUA GUATEMALA, ABRIL DE 2016
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

AUTORIDADES UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE
PENEDO
VICERRECTOR DE
INVESTIGACIÓN Y
PROYECCIONES: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE
INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR
ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA
DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARÍA HILDA CABALLEROS ALVARADO
DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARÍA MARISCAL
CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. FELIPE ANTONIO BAGUR ORDÓÑEZ

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

LIC. LIZA MARJORIE GONZALEZ MURALLES

Antigua Guatemala, 22 de Octubre de 2015

Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar
Ciudad

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para someter a su consideración la tesis de **ESTHER SAKIL PEREIRA DE OLIVA**, con número de carné **2282608**, titulada **"Calidad de Vida en el Adulto Mayor Beneficiado del Aporte Económico del Ministerio de Trabajo y Previsión Social en la Cabecera de Chimaltenango"** previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica.

Así mismo, por haber tenido la oportunidad de dar seguimiento a la investigación y revisar el informe final, me permito manifestarles que la misma reúne las condiciones exigidas por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades para trabajos de esta naturaleza, por lo que me permito someterla a su consideración para que sea nombrado el revisor respectivo.

Atentamente,



M.A. Felipe Antonio Bagur Ordoñez
Asesor

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ESTHER SAKIL PEREIRA, Carnet 22826-08 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, de la Sede de La Antigua, que consta en el Acta No. 05829-2016 de fecha 11 de abril de 2016, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR BENEFICIADO DEL APORTE ECONÓMICO DEL MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL EN LA CABECERA DE CHIMALTENANGO."

Previo a conferirsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 11 días del mes de abril del año 2016.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a:

A MI DIOS: Por permitirme lograr la realización de este trabajo tan especial, que involucra una nueva oportunidad para mi vida, por brindarme las herramientas para llevar a cabo esta investigación.

A MI PAPA: Quien siempre inculcó en mí el amor a la educación. Descanse en paz.

A MI MAMA: Por apoyarme en todo momento y ser la mejor madre del mundo.

A MI QUERIDO ESPOSO: Lic. Walter Giovanni Oliva Ramírez, sin ti no lo hubiera logrado, gracias por tu amor, paciencia, apoyo y contribución económica.

A MIS DOS PRECIOSAS HIJAS: Briony y Alhelí, por ser tan bien portadas y motivarme a seguir adelante.

A MI QUERIDO BEBE: Walter Daniel. Dios te bendiga.

A MIS HERMANOS (AS): Mario, Reyna, Doris, Manuela, Amarilis y Juan Carlos, por apoyarme y ser parte de mi fortaleza. Sepan que siempre serán parte de mis triunfos.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS: Gracias por sus buenos deseos.

A MI ASESOR DE TESIS: Lic. Felipe Antonio Bagur, por haberme acompañado durante el proceso de elaboración de tesis.

A MIS CATEDRÁTICOS: Gracias por preocuparse en dejar una huella bien marcada en mi formación académica.

A LOS QUE ME APOYARON E HICIERON POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTA

INVESTIGACIÓN: Especialmente a los que me brindaron asesoría y ayuda en las diferentes áreas de esta investigación, mis amigos (as): Licda. Lidia Gálvez, Lic. Josué Núñez, Licda.

Claudia Román, Lic. Juan Baiza. A mis dos hermanos Juan Carlos Sakil, por apoyarme en el proceso del trabajo de campo y Profesor Mario Sakil, quien me apoyó con la parte matemática de la investigación, a la Licda. Olga Marina Velásquez Jiménez, quien me abrió las puertas del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. A mi compañero de trabajo Walter Leonel Vásquez Acán, por apoyarme en la facilitación del tiempo para culminar este trabajo y mis estudios, gracias por no negarte a una petición de turnos. Y a todos los adultos mayores participantes en esta investigación, gracias por su paciencia y colaboración.

Índice

I.	Introducción	1
	1.1 Calidad de Vida.	9
	1.1.1 Definición de la calidad de vida.	10
	1.1.2 Dimensiones de la calidad de vida.	10
	1.1.3 Evaluación de la calidad de vida.	12
	1.1.4 La salud desde el punto de vista subjetivo.	12
	1.1.5 Calidad de vida en el adulto mayor.	12
	1.5.1 El adulto mayor feliz.	13
	1.5.2 El modelo SOC.	14
	1.2 Envejecimiento.	14
	1.2.1 Definición de envejecimiento.	15
	1.2.2 Teorías de Envejecimiento.	16
	1.2.2.1 Teorías sobre el envejecimiento biológico.	16
	1.2.2.2 Teorías sobre el envejecimiento psicológico.	17
II.	Planteamiento del problema.	20
	2.1 Objetivos.	20
	2.1.1 Objetivo general.	20
	2.1.2 Objetivos específicos.	20
	2.2 Variables de estudio.	21
	2.3 Definición de variables de estudio.	21
	2.3.1 Definición conceptual de variables.	21
	2.3.2 Definición operacional de variables	21
	2.4 Alcances y límites.	22
	2.5 Aporte.	22
III.	Método.	24
	3.1 Sujetos.	24
	3.2 Instrumento.	24
	3.3 Procedimiento.	24
	3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística.	25
IV.	Presentación y análisis de resultados.	27
V.	Discusión de resultados.	35
VI.	Conclusiones.	39
VII.	Recomendaciones.	42
VIII.	Referencias bibliográficas.	44

RESUMEN

La calidad de vida es un concepto nuevo y no se centra solo en las condiciones materiales o económicas del adulto mayor, puesto que también incluye otros elementos inherentes al ser humano tales como aspectos físicos, psicológicos, relaciones sociales y el ambiente.

Esta investigación es de tipo descriptivo, y tuvo como finalidad determinar la calidad de vida en el adulto mayor para lo que se utilizó una muestra de 25 participantes entre hombres y mujeres en un rango de edades de 70 y 99 años. Para ello, se utilizó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, basada en la estructura de cuatro dominios a través de la cual se logró establecer un perfil de calidad de vida, obtener una visión de calidad de vida e identificar los dominios en que se encuentran fortalecidos o afectados los adultos mayores; con lo cual se llegó a la conclusión que la situación en la que se encuentra el adulto mayor en la cabecera de Chimaltenango en cuanto a su calidad de vida está muy por debajo de lo que estipula la Organización Mundial de la Salud (por debajo de 40 puntos en una escala de 1 a 100), que los adultos mayores son una población que se encuentra altamente vulnerable en cuanto a la salud, misma que es uno de los pilares fundamentales de la percepción de la calidad de vida y que la calidad de vida en el adulto mayor es un tema que plantea urgencia en su abordaje.

I. INTRODUCCIÓN

El estudio de la calidad de vida surgió luego de haberse satisfecho las necesidades básicas de la población en el primer mundo. En los países en desarrollo la realidad es bastante diferente, es probable que las personas no hayan satisfecho sus necesidades básicas. (Ardila 2003).

La literatura sugiere que el concepto de calidad de vida es nuevo y no se centra fundamentalmente en las condiciones materiales o económicas, ya que también incluye otros elementos importantes como: La salud mental, el bienestar emocional, la felicidad y la satisfacción personal. (Tonón, 2008).

El concepto de calidad de vida se utilizó por primera vez en 1932 cuando el economista inglés Arthur Pigou, pionero de la economía del bienestar se refirió a cuantificar los servicios o costos sociales de las decisiones de gobierno para poder calcular un producto social neto. Este concepto ha ido evolucionando tanto como han transcurrido los años, por lo que se le dio más importancia cuando investigadores de la época quisieron conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras luego de la Segunda Guerra Mundial, (Tonón, 2008).

Sin embargo aún existe una falta de consenso sobre la definición y evaluación del concepto de la calidad de vida. (Pérez y De Juanas, 2013)

Hoy en día la calidad de vida se mueve en un contexto diferente. Según Oblitas (2008), la calidad de vida comprende una multiplicidad de componentes biológicos, subjetivos, o psíquicos, y socio-ambientales; plantea que el bienestar es un estado y proceso, resultado de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas.

La Organización Mundial de la Salud plantea otro concepto de la calidad de vida desde múltiples dimensiones: "...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 un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Pérez y De Juanas, 2013, pp 40).

La mejora de la calidad de vida debe ser un objetivo prioritario en toda población y la intervención no debe centrarse solo en medidas de salud física, sino a nivel de bienestar psicológico, desarrollo económico, la vida social, las políticas públicas, la espiritualidad, comprendiéndola desde todas las perspectivas humanas. (Tonón, 2008)

Según los últimos reportes demográficos, los adultos mayores son una población en ascenso en todo el mundo, aunque es en Europa y América del Norte donde se observa mejor el fenómeno, lo que plantea diversos retos a las familias, a las comunidades y a las sociedades en diversos aspectos como el crecimiento y la seguridad económica en la vejez, la organización de atención en salud entre otros.

Guatemala carece de suficiente atención para esta población etaria que se encuentra en condiciones de desigualdad, pobreza, exclusión, violencia y discriminación según lo menciona un informe de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, ODHAG (2005).

Desde el año 2002, Guatemala entre otros países se comprometió a esforzarse por combatir el hambre y la extrema pobreza, aunque se han realizado múltiples esfuerzos según las políticas de Gobierno, actualmente gran parte de la población sin importar, edad, etnia o género, sigue en condiciones de precariedad los cuales se reflejan en todos los indicadores sociales relacionados con el desarrollo humano. A pesar de lo anterior, son pocos los estudios que se han realizado en Guatemala respecto a la calidad de vida la cual hace referencia a las condiciones de vida deseadas por la persona, y del adulto mayor que es un grupo vulnerable y en ascenso en todas las sociedades. (SEGEPLAN, 2008)

Lujan (2014), quién en su investigación tuvo como objetivo conocer la calidad de vida del adulto mayor recluido en el asilo Los Hermanos de Belén ubicado en el municipio de Guatemala a través de un instrumento de medición estandarizado de la calidad de vida que mide 8 dimensiones llamado CUBRECAVI. En una muestra que fue conformada por 8 varones de 60 años en adelante, concluye que el adulto mayor recluido realiza escasas actividades recreativas, físicas y sociales lo cual perjudica su calidad de vida. Como conclusiones sugiere indagar sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores que viven en un asilo, incluir actividades de ejercitación física y mental entre otras.

SEGEPLAN (2008), elaboró un estudio en Guatemala, titulado Vulnerabilidades de los Municipios y Calidad de Vida de sus Habitantes, en donde se utilizó el universo de los 333 municipios que conformaban en ese tiempo el país.

El objetivo de este estudio fue contar con un instrumento orientador de las políticas que permitieran una mejor calidad de vida de los guatemaltecos, así como identificar a nivel municipal las condiciones o el grado de vulnerabilidad en que se encontraban la totalidad de los municipios de la república de Guatemala. Se utilizó un esquema de análisis de factores de Calidad de Vida en donde se incluyó: vulnerabilidad alimentaria, marginación, pobreza, pobreza extrema, preocupación ocupacional, asistencia escolar, servicios sanitarios, abastecimiento de agua, hacinamiento, calidad de vivienda y retardo de talla. La metodología utilizada para el análisis se resume en la definición de variables y realización de una matriz, la cual permitió determinar la correlación entre cada una de las variables y la definición de rasgos para el universo agrupándolo en quintiles para los que se establecieron los siguientes criterios de calidad de vida: Muy Baja, Baja, Media, Alta y Muy Alta. Como resultado del análisis se consideró que la información que se generó podría servir de base para formular un criterio de priorización e inversión tanto pública como privada en función de la condición en que se encontraba cada uno de los municipios. Los resultados demostraron que los municipios más vulnerables tomando como base las necesidades básicas insatisfechas, forman parte de los departamentos del Quiché, Huehuetenango, Alta Verapáz, Sololá y Totonicapán, con una calidad de vida Baja y Muy Baja según los indicadores propuestos. Los municipios con calidad de vida Media en su mayoría se encontraron en los departamentos de Chimaltenango, Jalapa, Chiquimula, Jutiapa, Petén, San Marcos, Baja Verapáz e Izabal. En los indicadores de vulnerabilidad Alta y Muy Alta se encontraron la mayoría de municipios que pertenecían a los departamentos de Guatemala, El Progreso, Sacatepéquez, Zacapa, Escuintla, Santa Rosa, Retalhuleu, Quetzaltenango y Suchitepéquez.

Las recomendaciones más elementales del estudio se basaron en la necesidad de intervenir en los municipios mas vulnerables satisfaciendo sus necesidades básicas a las cuales aún no tenían acceso y en la prioridad de crear estrategias para apoyar a las comunidades con calidad de vida Baja y Muy Baja.

Por su parte Gavarrete (2006), realizó un estudio titulado El Adulto Mayor y su Calidad de Vida en el Ministerio de Cultura y Deporte de Guatemala en donde el objetivo principal de la investigación fue desarrollar un sistema de coordinación con los centros de gimnasia y de baile, para brindar atención social a los adultos mayores que lo solicitaran. En dicho estudio se llegó a la conclusión con respecto a la calidad de vida, que las personas adultas mayores dependían de su estado psicológico o físico, así como de las instituciones que trabajaran en función de ellas para su rendimiento o bienestar personal; se concebía la calidad de vida para las personas adultas mayores en el disfrute de la vida acompañada de salud, alimentación, vivienda, vestuario, educación, actividad física, recreación, afecto familiar, autoestima, bienestar y seguridad social. Así mismo, se concluyó que los adultos mayores tenían derecho a vivir y gozar con calidad de vida.

Las recomendaciones al respecto fueron dirigidas a que los adultos mayores además de recibir atención en el Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Cultura y Deporte necesitaban actividades físicas, culturales y recreativas, así como atención desde el punto de vista social, entre otras actividades. Este estudio demostró que el adulto mayor se encontraba con serias carencias en cuanto a la atención integral para mejorar su calidad de vida.

Zamora (2006), realizó otra investigación relacionada con la calidad de vida; esta tenía como objetivo determinar el grado de calidad de vida que desarrollaban las personas viviendo con VIH/SIDA. La muestra utilizada en esta investigación fue de 20 personas en total las cuales tenían la característica de estar viviendo con VIH/SIDA, pertenecientes a un grupo de apoyo en Guatemala llamado Asociación “Gente Positiva”, de género masculino y femenino de 18 años en adelante, de cuyo grupo se tomaron 10 individuos. Otros 10 participantes pertenecían al Hospital Roosevelt los cuales eran también personas viviendo con VIH/SIDA, pero no pertenecientes a un grupo de apoyo con las mismas edades de género masculino y femenino. El instrumento utilizado para medir fue el cuestionario de Autoconcepto Forma 5 (AF5) con un tipo de diseño utilizado cuasiexperimental. En base a los resultados obtenidos, se concluyó que el nivel de calidad de vida de las personas viviendo con VIH-SIDA que pertenecían a un grupo de apoyo poseía diferencia estadísticamente significativa que el de las personas que no pertenecían a un grupo de apoyo y que los grupos de apoyo constituían un medio para mejorar y satisfacer a

las personas viviendo con VIH-SIDA, en el área académico-laboral, físico y social por lo que en el estudio recomienda promover la existencia de los grupos de apoyo, creando campañas publicitarias o invitaciones a aquellas personas que asisten a los hospitales, como es el caso del Hospital Roosevelt y otros centros asistenciales donde se atiende personas con esta enfermedad.

Montenegro (2001), elaboró otro estudio en Guatemala que llevó por nombre Calidad de Vida en Personas Catalogadas como Adultos Mayores, cuyo objetivo principal fue determinar la calidad de vida en adultos mayores, el cual se realizó en Sumpango Sacatepéquez. Los sujetos de estudio fueron 1,246 entre hombres y mujeres en edad geriátrica. El estudio demostró que cerca de la mitad de la población de adultos mayores gozaba, de una muy buena calidad de vida, esto fue establecido por la suma de los aspectos biopsicosociales y económicos evaluados, con una mayor sobrevivencia del sexo femenino. Otra conclusión fue que la calidad de vida de la población geriátrica de Sumpango, se debía a la adaptación, autonomía, independencia, condición y al medio en que se había desarrollado cada individuo. La recomendación del estudio se centró en optimizar y priorizar no sólo la cantidad si no la calidad de la atención en salud de la población geriátrica creando establecimientos de atención especializada para los adultos mayores en donde pudieran recrearse y realizar varias actividades de tipo social en los diferentes departamentos.

En el ámbito internacional también le han dado interés especial al estudio de la calidad de vida en los adultos mayores:

Un estudio realizado por Gálvez y Henríquez (2014), en El Salvador sobre calidad de vida titulado, Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Unidad Médica de Ilopango en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, tuvo el objetivo de determinar la calidad de vida del Adulto Mayor. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Utilizó el universo de 200 adultos mayores pertenecientes al área de la consulta externa de medicina interna de los que se recolectó una muestra de 131 personas. Se aplicó una encuesta modificada para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor, la cual fue validada previamente, se agruparon los datos y se presentaron en gráficos para su discusión. En este estudio se concluyó que la mayoría de los adultos mayores presentaban patologías asociadas al síndrome metabólico, el cual estaba directamente relacionado a los estilos de vida. Así mismo, la familia era la principal red de apoyo

social que contribuía al bienestar físico y emocional de esta población y que los estados depresivos se acentuaban en esta etapa. Las recomendaciones más importantes giraban en torno a incrementar acciones que propiciaran la participación de la familia en la atención del adulto mayor, implementar más estrategias de promoción y educación para la salud y crear más políticas que vayan dirigidas a la satisfacción de sus necesidades.

Monterrosa y Rodríguez (2010), realizaron un estudio titulado Calidad de Vida del Adulto Mayor, con el objetivo de identificar los factores que inciden en la calidad de vida del adulto mayor de los municipios del SIBASI Nueva Concepción, El Salvador. Fue un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, transversal. Se utilizó el universo de la población de adultos mayores en edades de 65 a 85 años y más. Las conclusiones fueron que la mayoría de adultos mayores contaban con servicios de salud accesibles de acuerdo al sitio donde residían, sin embargo el factor económico era limitante en el acceso a los servicios de salud dentro de la red de establecimientos del Ministerio de Salud. La calidad de vida de la población adulta mayor en el SIBASI de Nueva Concepción estaba totalmente afectada en todos sus ámbitos, dado que no se garantizaba el cumplimiento de sus derechos en base a la Ley de Atención Integral al Adulto Mayor y no se cumplía con el concepto de integralidad en la atención que se brindaba a los adultos mayores en los servicios públicos de salud según Ley y Normativa. Las recomendaciones fueron, fortalecer las iniciativas del Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM), para dar cumplimiento a la atención integral de esta población por parte de las instituciones involucradas, así como; garantizar la ejecución de una estrategia como el Modelo de Salud Familiar, para acercar los servicios de salud a los adultos mayores y fortalecer la estrategia de promoción y educación para la salud en la vejez, a través de un programa de educación. También es necesario que el Ministerio de Salud garantice los medicamentos mínimos para las enfermedades crónicas degenerativas en la población, la existencia de recursos humanos especializados para la atención geriátrica, buscar estrategias en el nivel local para la integración de los adultos mayores con sus familias, a través de clubes para que estos se involucren más en el cuidado de los ancianos y establecer un plan de educación continua en Atención Primaria en Salud al adulto mayor, dirigido a familiares y personal de salud.

Quintanar (2010), realizó un estudio en Tetepango, Hidalgo Estado de México titulado Análisis de la Calidad de Vida en Adultos Mayores del Municipio de Tetepango Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF; donde el objetivo primordial fué conocer cómo percibe el adulto mayor su calidad de vida a través del análisis de las representaciones sociales que tiene de la misma. En dicho estudio se concluyó que la principal tarea de las personas mayores era la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales.

La muestra estuvo compuesta por 21 sujetos, 14 mujeres y 7 hombres adultos mayores de 65 años, de nivel socioeconómico bajo e integrantes del grupo de la tercera edad Nuevo Amanecer, mediante una investigación observacional, descriptiva, cualitativa y la utilización del instrumento de la Organización Mundial de la Salud, OMS; WHOQOL-BREF que permite evaluar la calidad de vida a través de las culturas. En este estudio se pudo establecer que la presencia de alguna enfermedad en los adultos mayores era del 70 % y que este grupo etario sufría más enfermedades crónicas, así mismo, que la rapidez de la vida afectaba el hecho de que los adultos mayores fueran escuchados por la familia y comunidad. La falta de tiempo problemas intergeneracionales, carencia de afecto y comprensión, así como la perdida de roles, disminución de contactos familiares y amigos provocaba pérdida de autoestima, sentimientos de soledad y aislamiento social. Según este estudio, los profesionales de la salud debían mostrar interés en buscar satisfactores vitales que les proporcionaran a este grupo alegría de vivir, metas que los condujeran a una verdadera estabilidad y búsqueda de alternativas para que los adultos mayores reorganizaran su tiempo y su vida en general.

Con relación a la calidad de vida del adulto mayor en Argentina, un estudio realizado por Ramírez (2008), denominado “Calidad de vida en la Tercera Edad”, ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?, tenía el objetivo de conocer las condiciones de vida de los adultos mayores, considerando las diferencias de edad, género, condición socio económica y cultural e identificar las percepciones que los actores (ancianos, familia, profesionales) tenían respecto a la calidad de vida de los adultos mayores en su actual contexto social. No obstante se evaluó las condiciones de salud, de hábitat y formas de convivencia que presentaron los adultos mayores de

acuerdo a su edad y género así como conocer la participación social, comunitaria y familiar y el uso que hacían del tiempo libre.

La investigación se desarrolló desde una estrategia de carácter cualitativo y un diseño de tipo exploratorio-descriptivo, utilizando técnicas de investigación social para la recolección de la información. Se trabajó con la población de personas mayores de 65 años, pertenecientes a un centro de jubilados ubicado en el departamento de Guaymallén, Argentina: 15 adultos mayores y otros 9 que no pertenecían a ninguna agrupación. 18 familias que convivían con un adulto mayor, 7 profesionales de la Dirección del Adulto Mayor (2 Psicólogos, 4 Trabajadores sociales y 1 Médica Geriátrica). En la investigación se constató que los adultos mayores presentaban carencias especialmente en las áreas económica y de salud.

Los Adultos Mayores carecían de información general sobre temas como: salud, recreación, educación, derechos y deberes, red de recursos institucionales, siendo actores sociales que deseaban participar y usar el tiempo en alguna actividad. En cuanto a las percepciones de los actores sobre la calidad de vida el estudio concluyó que la realidad de la vejez es heterogénea, lo que demuestra que el envejecimiento es un proceso individual, único e irreproducible. Estos actores testimoniaban que se veían afectados por las pérdidas bio-psico-sociales propias de esta etapa de la vida, sumado a las dificultades en lo económico y en el acceso a la salud, y fundamentalmente, percibían una invisibilidad social y violación de sus derechos como ciudadanos.

La recomendación más importante fue que era necesario realizar una preparación en los abordajes éticos de la ancianidad respetando su autoestima, derechos, necesidades, deseos, metas, valores, costumbres y creencias, formar equipos preparados para este abordaje, con el fin de brindar servicios que apunten a la calidad de vida, tanto como a la cantidad de años.

Otra investigación que relaciona la calidad de vida del adulto mayor, se efectuó en Chile por Hidalgo (2006), esta fué titulada Comparación de la Calidad de Vida Entre Adultos Mayores Pertenecientes a un Grupo Organizado y Adultos Mayores que se Atienden en el Consultorio Dr. Pedro Jauregui de la Comunidad de Osorno, con el objetivo de identificar y comparar la calidad de vida, en el aspecto biopsicosocial, de dos grupos de adultos mayores de similar perfil, a través de la aplicación del test Coop Wonca. La investigación fué de tipo cuantitativa, comparativa,

descriptiva, transversal y prospectiva. La muestra estudiada correspondió a dos grupos de esta comunidad de Osorno; uno de los cuales, se formó por 25 adultos mayores, cuyas edades fluctuaban desde los 60 años en adelante, con intereses comunes, en relación a actividades folclóricas.

El otro grupo estudiado fue de 25 adultos mayores que se atendían en el consultorio Dr. Pedro Jáuregui. El estudio permitió concluir que el grupo organizado en su mayoría no tenía pareja siendo estos predominantemente viudos, a diferencia del grupo no organizado en el cual la mayoría de las personas estaban casadas.

Ambos grupos presentaban nivel socioeconómico medio mayoritariamente, con una condición de pasivos en ambos grupos, dedicándose a las labores del hogar, a voluntariados de hogares e iglesias, y muchos de ellos a cuidar nietos. La patología crónica más frecuente en ambos grupos fue la hipertensión arterial, seguida por otro tipo de patologías de las que destacan: artrosis, lumbago crónico, enfermedades respiratorias entre otras. La edad no muestra influencia sobre la calidad de vida, ya que en ambos grupos etarios la calidad de vida era buena. En este estudio se recomendó plantear la necesidad de crear nuevos modelos de atención que garantizaran una atención humanizada, accesible y a un costo que el país estuviera en condiciones de solventar.

Los estudios realizados tanto en el ámbito nacional como el internacional se enfocan en conocer la percepción del individuo sobre su calidad de vida ya que una de las aspiraciones del ser humano es no solo vivir en cantidad de años, sino vivir con mayor bienestar y para alcanzar este objetivo fundamental en la vida de cualquier humano las investigaciones han demostrado que es necesario crear las condiciones formales y materiales para la configuración de una vida auténticamente humana o humanizada, esto es, con plenitud, satisfacción, bienestar, dignidad, etc.

Con la finalidad de conocer a profundidad sobre el tema de calidad de vida en el adulto mayor, a continuación se presentan algunos conceptos.

1. Calidad de Vida:

Pérez y De-Juana (2013), exponen que iniciando el siglo XXI aún no existe un consenso en cuanto a la definición de calidad de vida, mencionan que la calidad de vida ha sido definida como:

- La calidad de las condiciones de vida de una persona.
- La satisfacción experimentada por la persona con condiciones vitales.
- La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de vida y satisfacción que se experimenta.
- La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

1.1 Definición de Calidad de Vida:

Oblitas, (2008), dicta que la calidad de vida se define como el bienestar, la felicidad y la satisfacción de las personas, lo que les permite una capacidad de actuación o de funcionamiento en un momento dado de la vida.

La Organización Mundial de la Salud, OMS (2013), ha definido la calidad de vida como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que en su contexto de su cultura y sistema de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: La salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente, es en este sentido, que la operacionalización del concepto calidad de vida a llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de las personas.

1.2 Dimensiones de la Calidad de Vida:

Los componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida combinan factores en los cuales el fin último es el bienestar de la persona; unos son propios del individuo y otros del medio socio-económico y cultural en el que se desarrolla y no todos son mensurables de la misma forma. (Viguera, 2000).

Baldia, Salamero y Alonso (1999), mencionan que el grupo WHOQOL con el apoyo de Organización Mundial de la Salud intentó desarrollar una definición de calidad de vida en base a cuatro componentes medibles en cuatro dominios, los cuales abarcaron la Salud Física, La Salud Psicológica, Las Relaciones Sociales y el Ambiente, los cuales se visualizan en el siguiente esquema.

DOMINIOS

Salud Física

Actividades de la vida diaria.
Dependencia de medicamentos y ayuda médica.
Energía y fatiga.
Movilidad.
Dolor y disconformidad.
Sueño y descanso.
Capacidad de trabajo.

Salud Psicológica

Imagen y apariencia física.
Sentimientos negativos y positivos
Autoestima.
Creencias personales, religiosas y espirituales.
Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

Relaciones Sociales

Relaciones personales.
Apoyo social.
Actividad sexual.

Ambiente

Recursos económicos.
Libertad y seguridad física
Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales.
Entorno en el hogar.
Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades.
Participación y oportunidades de recreación y ocio.
Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima).
Transporte.

1.3 Evaluación de la calidad de vida:

La calidad de vida en general ha sido estudiada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida humana: la salud, la alimentación, el vestuario, la vivienda, el trabajo, la seguridad social, la educación, la recreación y los derechos humanos (Tonón, 2006).

Según Sánchez y Sosa (2006), la calidad de vida presenta tres perspectivas para enmarcar sus aspectos centrales:

- La calidad de vida en general,
- La calidad de vida relacionada a la salud, y
- La calidad de vida específica para cada enfermedad.

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.

La calidad de vida relacionada a la salud se fundamenta en la necesidad del individuo por sentirse bien, incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, esta se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos.

1.4 La salud desde el punto de vista subjetivo:

Vinaccia y Orozco (2005), manifiestan que la calidad de vida desde un punto de vista subjetivo se encuentra relacionada con 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. La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona siendo 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.

1.5 Calidad de vida en el adulto mayor:

Para Velasco y Sinibaldi (2001), el adulto mayor debe tener una mejor atención en sus necesidades integrales 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, emocional y afectivo que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo.

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.

En este mismo sentido, Lazarus (1998), 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 adultos mayores, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la fragilidad física que aumenta en este periodo de la vida.

1.5.1 El adulto mayor feliz:

Existen tres formas de concebir el envejecimiento:

- Normal.
- Patológico.
- Exitoso.

Un envejecimiento normal se da cuando se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los niveles biológico, psicológico y social que lo llevan incluso hasta la muerte. En el envejecimiento patológico, una serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. Sin embargo, en la vejez exitosa, saludable o plenitud, el adulto mayor no solo presenta pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se observa una serie de ganancias. Esta nueva forma de concebir a la vejez 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. (González y Celis, 2003).

1.5.2 El Modelo SOC:

Para lograr una vejez exitosa algunos psicólogos proponen seguir el modelo SOC, el cual consiste en la Selección, Optimización y Compensación de funciones y actividades, que puede aplicarse para objetivo; sin embargo, para el caso de los adultos mayores, 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 que aún conservan o realizan y las actividades que al llevarlas a cabo les producen satisfacción y bienestar. Una vez que se hayan seleccionado las actividades a realizar, se optimizan 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 el uso de un bastón, andaderas para caminar, aparatos auditivos para mejorarla audición; el uso de una agenda o cuaderno de notas para anotar lo que pudiera olvidarse o simplemente como un recordatorio.

En este sentido, la labor del psicólogo está encaminada a apoyar en el proceso de adaptación por medio del fomento de independencia del adulto mayor, 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. (López, 2008)

2. Envejecimiento.

En el informe sobre el Adulto Mayor y Condiciones de Exclusión en Guatemala, de la Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (ODHA, 2005), Oca explica que la población global está en proceso de envejecimiento lo que plantea grandes desafíos a la gestión económica, estatal y especialmente a los sistemas de pensiones y previsión social.

Para Papalia, Wendkos y Duskin (2009), el envejecimiento de la población es el resultado de la disminución de la fertilidad acompañada por el crecimiento económico, una mejor nutrición, estilos de vida más sanos, mejor control de las enfermedades infecciosas, agua e instalaciones de salubridad más seguras, y el avance en la ciencia, la tecnología y la medicina.

Los mismos autores plantean que en el año 2006, casi 500 millones de personas en todo el mundo tenían 65 años o más y el aumento neto anual es de las de 850,000 cada mes. Se estima que en el año 2030, la población total de ese grupo de edad ascenderá a un billón (uno de cada 8 habitantes del planeta). Es de notar que los incrementos más rápidos se observan en países en vías de desarrollo donde ahora viven 60% de las personas mayores del planeta.

Morris y Maisto (2009), explican que por desgracia la visión hacia los adultos mayores se encuentra matizada por mitos. Por ejemplo mucha gente cree que casi todos los ancianos son solitarios pobres y aquejados por la mala salud. Incluso los profesionales del cuidado de la salud en ocasiones asumen que es natural que la gente anciana se sienta enferma. La falsa creencia de que la “senilidad” es inevitable en la vejez es otro mito perjudicial al igual de que los adultos mayores están en su, mayoría indefensos y dependen de su familia para obtener atención y apoyo económico. Todas las investigaciones de la vejez contradicen estos estereotipos.

Según el mismo autor, cada vez más, las personas de 65 años y más son saludables, productivas y capaces. Actualmente se realizan grandes esfuerzos por combatir la discriminación por edad conocida como “Viejismo” (el prejuicio o discriminación por edad) gracias a la creciente notoriedad de adultos mayores sanos y activos.

2.1 Definición de envejecimiento:

Para González (2012), la vejez se puede entender como la 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.

Para Cornachione (2008), la vejez puede definirse como un proceso diferencial y no como un estado. La vejez se trata de cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica.

2.2 Teorías del envejecimiento:

2.2.1 Teorías sobre el envejecimiento biológico:

Algunas teorías importantes que explican el envejecimiento biológico según Papalia, Wendkos y Duskin (2009), son: las teorías de la programación genética y las teorías de la tasa variable.

Teorías de la programación genética:

Se le atribuye a la genética un porcentaje alto en los procesos de envejecimiento pero no se establece con claridad cuáles son los mecanismos involucrados. Estas teorías proponen que el cuerpo humano envejece de acuerdo con un plan de desarrollo normal incorporado en diferentes variantes raras de genes. A estas teorías pertenecen las siguientes:

- **Teoría de la senectud programada:** Esta teoría propone que el envejecimiento es resultado de la conexión y desconexión en secuencia de ciertos genes. La senectud es el momento en que se hacen evidentes los déficits resultantes relacionados con la edad.
- **Teoría endocrina:** Los relojes biológicos actúan a través de las neuronas, quienes a su vez estarían controlando el ritmo del envejecimiento en las persona.
- **Teoría Inmunológica:** El deterioro programado de las funciones del sistema inmunológico da lugar a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y por ende al envejecimiento y a la muerte.

- **Teoría evolutiva:** Según esta teoría a la capacidad reproductiva es el propósito principal de la selección natural. El envejecimiento es un rasgo evolucionado que permite que los miembros de una especie vivan solo el tiempo suficiente para reproducirse.

Teorías de la Tasa variable:

Llamadas también teorías del error, consideran que el envejecimiento es el resultado de procesos aleatorios los cuales varían de una persona a otra. De acuerdo a estas teorías el envejecimiento implica daños debido a errores aleatorios o ataques ambientales a los sistemas biológicos. Otras teorías de la tasa variable se enfocan en los procesos internos del organismo como el metabolismo (el proceso por el cual el cuerpo convierte el alimento y el oxígeno en energía), los cuales tienen una fuerte influencia sobre la velocidad del envejecimiento.

- **Teoría del desgaste:** Sostiene que el cuerpo envejece como resultado del desgaste de los tejidos compuestos por células ya que para mantener el funcionamiento apropiado de órganos y sistemas es necesaria la multiplicación de las células de una manera continua a través de la división celular.
- **Teoría de los radicales libres:** Es otra teoría que se basa en los procesos moleculares y se concentra en los efectos nocivos de los radicales libres (átomos o moléculas de oxígeno sumamente inestables que se forman durante el metabolismo y que reaccionan a nivel celular). El daño producido por los radicales libres se acumula con la edad y hace que dejen de funcionar las células.
- **Teoría de la tasa de vida:** Sugiere que el cuerpo solo puede realizar cierta cantidad de trabajo y nada más; entre más rápido lo haga más energía utiliza y más rápido se desgasta. La velocidad del metabolismo o uso de la energía determina la duración de la vida.
- **Teoría autoinmune:** Determina que el sistema inmunológico envejecido puede confundirse liberando anticuerpos y atacar a sus propias células corporales.

La esperanza de extender más la expectativa de vida sana depende del interés por el conocimiento de lo que sucede en el cuerpo humano con el paso del tiempo.

2.2.2 Teorías sobre el envejecimiento Psicológico:

En el ámbito psicológico se puede citar a Erickson, Jung y Piaget que ahondan sobre los cambios que experimentan los mayores.

Según Erickson citado por Pérez (2013), cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo que hicieron, lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. (Pérez, 2013)

Papalia, Wendkos y Duskin (2009), refieren que para Erickson, el logro mayor de la adultez tardía es el sentido de integridad del Yo, o integridad del sí mismo, un logro basado en la reflexión sobre la propia vida: en la octava y última etapa, del ciclo de vida integridad del yo frente a la desesperanza, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida para poder aceptar la muerte. Con base en los resultados de las siete etapas previas, se esfuerzan por lograr un sentido de coherencia y plenitud en lugar de ceder a la desesperanza por su incapacidad para cambiar el pasado. La gente que tiene éxito en esta última tarea integrativa adquiere un sentido de significado de su vida dentro del orden social mayor. La virtud que puede desarrollarse dentro de esta etapa es la sabiduría.

La edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. (Pérez, 2013).

Jung citado por Pérez (2013), por su parte noto a las que las personas mayores todavía se esforzaban para desarrollarse a sí mismos. El creía que raramente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona veía fuerzas y tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo. Jung proponía que esta

tendencia aparecía por primera vez en la mitad de la vida, y observó que la expresión del potencial de género que estaba oculto aumentaba en la tercera edad. (Pérez, 2013).

Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en conflicto. Jung propuso que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior, que denominó extroversión, y una orientación hacia el interior, el mundo subjetivo, que llamó introversión. En la juventud y en gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya ha salido adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. (Pérez, 2013).

Pérez, (2013), menciona que Piaget consideró que el elemento más importante del pensamiento eran las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite en ocasiones al pensamiento post-formal. La sabiduría emerge como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real. Esta madurez de pensamiento, o pensamiento post-formal, se basa en la subjetividad y la intuición, así como en la lógica pura, característica del pensamiento en las operaciones formales. Los pensadores maduros personalizan su razonamiento y emplean la experiencia cuando tienen que enfrentarse a situaciones ambiguas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida es un concepto multidimensional con una fuerte influencia ambiental y cultural; se define en sus dos componentes; la calidad de vida subjetiva y objetiva, ambos elementos son de importancia en el ser humano para que el sujeto se perciba como una persona con bienestar, felicidad e integridad.

Un estudio sobre los determinantes de la calidad de vida percibidos por los ancianos sugiere que el abordaje del término es vital en diferentes ámbitos en que se desenvuelve un individuo ya que a nivel social influye en aspectos tan significativos como los hechos ambientales y ecológicos, a nivel individual afecta en aspectos personales y cotidianos que el desarrollo económico no puede por sí solo garantizar y otorgan al concepto un rostro más humano, (Garrido, 2009)

En Guatemala el adulto mayor no goza del privilegio de vivir una vida mejor, con plenitud y dignidad en los últimos años de su vida. Este grupo etario se encuentra abandonado, excluido con falta de atención integral y acompañamiento para poder sobrellevar los problemas que atañan su edad. No existen lugares o instituciones específicas en el país donde el adulto mayor pueda socializar, distraerse, aprender o buscar ayuda médica a pesar de que son personas que necesitan cuidados especiales.

Por tales motivos es necesario preguntarse ¿cómo percibe el adulto mayor su calidad de vida?

2.1 Objetivos:

2.1.1. Objetivo General:

- Determinar la calidad de vida en el adulto mayor.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- Proporcionar un perfil de calidad de vida percibida por el adulto mayor.
- Identificar los dominios en que se encuentran fortalecidos o afectados los adultos mayores.

- Obtener una visión de la calidad de vida a través de los puntajes de los 4 dominios que mide la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

2.2 Variables:

- Calidad de Vida.

2.3 Definición de Variables:

2.3.1 Definición Conceptual de Variables:

- **Calidad de Vida:**

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”. (Ardila, 2003 pp.163).

2.3.2. Definición operacional de variables:

- **Calidad de Vida:**

Se estableció por medio de la aplicación individual de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, desarrollado para proveer un formulario de evaluación de la calidad de vida y los efectos que ejercen los síntomas, enfermedades o condiciones de las personas sobre la calidad de vida. Durante el desarrollo del instrumento, se analizó la naturaleza multidimensional de la calidad de vida que se pretendía investigar por lo que se realizó una estructura de cuatro dominios los cuales se conocen como Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente.

2.4 Alcances y Limites:

La finalidad de este estudio fué conocer la calidad de vida de los adultos mayores que se benefician con el Programa del Aporte Económico del Ministerio de Trabajo y Previsión Social que residen en la cabecera de Chimaltenango.

Esta investigación no pretendió evaluar el Programa del Aporte Económico del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, ni el desempeño del adulto mayor, si no, por el contrario, buscó conocer la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida, así, también, la percepción subjetiva sobre aspectos relevantes de su vida. La calidad de los resultados dependió de la sinceridad al responder la prueba y de la importancia que los participantes le dieron al tema de estudio, así como de la condición física y mental en que se encontraba cada participante. La investigación se realizó en un tiempo aproximado de 1 mes.

2.5 Aporte:

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron de beneficio propio para los participantes del estudio, debido a que pudieron reflexionar sobre la percepción de su calidad de vida y para la familia quienes en varios casos fueron testigos de la percepción del adulto mayor acerca de las condiciones que afectan su calidad de vida.

A la población en general, para generar conciencia sobre los factores sociales, familiares y psicológicos que intervienen en la calidad de vida del adulto mayor. Así, mismo, sensibilizar a la población en general sobre el las diversas necesidades del adulto mayor.

Se considera que los resultados de dicho estudio permitirán que el Programa del Aporte Económico del Adulto Mayor dirigido por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social pueda mejorar, ampliar, crear o implementar nuevas estrategias de intervención, que promuevan una mejor calidad de vida en dicha población e incentiven investigaciones multidisciplinarias posteriores sobre el tema.

A la universidad para motivar a los estudiantes de dicha casa de estudio a generar programas que beneficien al adulto mayor para mejorar su calidad de vida.

A la Facultad de Humanidades, para hacer hincapié en los estudiantes de humanidades en relación a la sensibilización sobre los aspectos que influyen en la calidad de vida en el adulto mayor y la necesidad de involucramiento en el área geriátrica como característica fundamental de un profesional.

A los futuros profesionales de psicología se les pide que apoyen generando programas que tengan como objetivo principal el mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor en el país.

III.METODO

3.1. Sujetos.

Se contó con la participación de 25 sujetos entre mujeres y hombres adultos mayores de 65 años pertenecientes al Programa del Aporte Económico del Adulto Mayor del Ministerio de Trabajo y Previsión Social en la cabecera de Chimaltenango.

3.2. Instrumento.

Para la presente investigación se utilizó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, basada en la estructura de cuatro dominios propuesto por el grupo World Health Organisation y la Organización Mundial de la Salud.

La versión WHOQOL-BREF fué desarrollada para proveer un formulario de evaluación de la calidad de vida el cual contiene un total de 26 preguntas. En esta versión han sido incluidos dos ítems que se examinan de forma separada: el ítem número 1 evalúa la percepción individual de la calidad de vida, y el ítem número 2 que se relaciona con la percepción individual de la salud del individuo. El puntaje en cada ítem se expone en dirección positiva (es decir; mayor puntaje equivale a mayor calidad de vida). El puntaje de cada ítem se agrupa con las del mismo dominio para calcular el puntaje total del dominio. Los cuatro dominios separan 4 grupos de percepción individual de calidad de vida. Los dominios que componen el WHOQOL-BREF corresponden a la Salud física, la Salud Psicológica, las Relaciones sociales y el Ambiente.

El cuestionario permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida en las personas. La aplicación de la prueba puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente. La prueba la puede contestar el propio sujeto o bien de ser necesario se puede contestar a través de una entrevista.

3.3. Procedimiento:

- ✓ Se eligió el tema de investigación y se consultaron fuentes bibliográficas.
- ✓ Se establecieron los objetivos.

- ✓ Se consultó y se pidió autorización al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, de la Sede de Chimaltenango.
- ✓ Se recopiló información de fuentes bibliográficas primarias y secundarias para la realización del marco teórico.
- ✓ Se aplicó a los participantes la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF y se pidió que firmaran la hoja de consentimiento informado.
- ✓ Se realizó la tabulación correspondiente y se incluyeron tablas para la mejor comprensión de los resultados.
- ✓ Se analizaron y discutieron los resultados.
- ✓ Se dieron las recomendaciones necesarias.

3.4. Tipo de investigación, Diseño y Metodología:

3.4.1. Tipo de investigación:

Descriptiva. Para Danhke (1989), citado por Hernández, Fernández y Baptista (2003), “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 115).

3.4.2. Diseño:

Transeccional descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), “los estudios Transeccionales descriptivos tienen como objetivo ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación” (p. 273).

3.4.3. Metodología Estadística:

Ruiz y Morillo (2004), hacen referencia a “El aspecto más importante y definitivo para complementar un buen proyecto de investigación es el plan de análisis que cumple un papel definitivo en la planeación, desarrollo y conclusiones del estudio el cual supone una interacción

entre todas las implicaciones metodológicas del diseño y debe prever el impacto en el análisis de los datos” (p. 455).

El programa que se empleó fue el de Microsoft Excel 2010. Para Wayne (2002), “la estadística es la disciplina que se ocupa de la recolección, organización, resumen y análisis de datos” (p.2), por medio de la ordenación de datos y su presentación en gráficas estadísticas apropiadas. Para la obtención de datos se utilizara Estadística Descriptiva.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentaran las características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben el aporte económico del Programa de Previsión Social del Ministerio de Trabajo de la Cabecera de Chimaltenango, las cuales son importantes para comprender las cualidades de la muestra.

Tabla N° 1.
GRUPOS DE EDADES

Rango	F	%
70 a 74 años	8	32
75 a 79 años	9	36
80 a 84 años	2	8
85 a 89 años	5	20
90 a 94 años	0	0
95 a 99 años	1	4

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En la tabla se detallan los grupos etarios de los adultos mayores que participaron en la investigación. En relación a la edad por grupos se encontró que dos terceras partes corresponden al grupo de edades entre 70 a 79 años, mientras que otra tercera parte de adultos mayores se encuentra entre 80 a 99 años.

Tabla N° 2.
SEXO

	F	%
Masculino	7	28
Femenino	18	72

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En la tabla número 2 se puede apreciar que el 72% de la muestra corresponden al sexo femenino, el 28% al masculino.

**Tabla N° 3.
ESTADO CIVIL**

	<i>F</i>	<i>%</i>
Soltero/a	1	4
Casado/a	8	32
Divorciado/a	2	8
Viudo/a	14	56

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En cuanto al estado civil, puede visualizarse que más de la mitad de la muestra es viuda, una tercera parte se encuentra casada y otra tercera parte soltera o divorciada.

**Tabla N° 4.
ETNIA**

	<i>F</i>	<i>%</i>
Maya	18	72
Ladino	7	28

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En la tabla se puede observar que el 72% de los participantes en la investigación que corresponden a casi una tercera parte de la población fueron de Etnia Indígena y solo una parte (28%), Etnia Ladina.

**Tabla N° 5.
ESTUDIOS**

	<i>F</i>	<i>%</i>
Ninguno	18	72
Primarios	7	28

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En la tabla se presenta el nivel académico que cursaron los adultos mayores participantes en la investigación.

Casi una tercera parte de la muestra (72%) refirió que no realizaron ningún estudio y solo una parte (28%), manifestaron haber realizado algún grado de la primaria, siendo el máximo grado cursado tercero primaria.

Tabla N° 6.
NUMERO DE HIJOS

	<i>F</i>	<i>%</i>
0 a 4 hijos	2	8
5 a 9 hijos	16	64
10 a 14 hijos	7	28

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En la tabla se evidencian los resultados obtenidos por en la investigación referente al número de hijos. Se encontró que más del 50% de los adultos mayores tuvieron por lo menos 5 a 9 hijos, y más de la tercera parte de la muestra tuvo entre 10 y 14 hijos y solo una porción pequeña de la muestra, tuvo menos de 4 hijos.

Tabla N° 7.
PERSONAS CON LAS QUE VIVEN

	<i>F</i>	<i>%</i>
Con los hijos	11	44
Con los familiares	4	16
Con la pareja	6	24
Solo	4	16

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En esta tabla puede notarse que el grupo de personas que con más frecuencia viven los adultos mayores que participaron en la investigación fueron los hijos. Un poco menos de la mitad de la muestra (44%) viven con sus hijos, seguido de un 24%, quienes viven con su pareja y un 16% que vive con sus familiares o solos.

SITUACION DE SALUD

Tabla N° 8.

	<i>F</i>	%
Enfermo	21	84
Sano	4	16

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

La presente tabla demuestra las condiciones de salud que viven los adultos mayores. Más del 80% de la muestra en estudio refieren estar enfermos y una mínima parte, sanos.

Tabla N° 9.

PROLEMAS DE SALUD

	<i>F</i>
Enfermedades metabólicas	10
Enfermedades cardíacas	7
Enfermedades articulares	12
Enfermedades óseas.	6
Enfermedades cerebrales	2
Enfermedades respiratorias	3
Problemas visuales	13
Problemas auditivos	8

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

Esta tabla presenta las patologías más frecuentes encontradas en los adultos mayores. Se observa que las 3 principales son, los problemas visuales 52%, las enfermedades articulares 48% y las enfermedades metabólicas 40%. Seguido por problemas auditivos 32%, enfermedades

cardíacas 28%, enfermedades óseas 24%, enfermedades respiratorias 12% y en menor proporción, las enfermedades cerebrales 8%.

Tabla N° 10
NUMERO DE ENFERMEDADES POR PERSONA

Enfermedades	F	%
1 a 2	12	48
3 a 4	11	44
5 a 6	2	8

n=25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

En base a los resultados de esta investigación, en esta tabla No.10 se muestra que casi el 100% de la muestra estudiada presentaron de 1 a 4 enfermedades diferentes por persona.

A continuación se presentan los resultados gráficos de la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF que permite valorar de forma independiente la calidad de vida en general y la satisfacción con la salud en una escala de 0-100, siendo 0 la peor valoración y 100 la mejor.

Tabla N° 11.
PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA

¿Cómo calificaría su calidad de vida?	F	%
Muy mala	3	12
Regular	14	56
Normal	5	20
Bastante buena	3	12
Muy buena	0	0

n =25

Fuente: Resultados de la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF realizados a adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

La presente tabla, se obtuvo al realizar la calificación de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF con la cual, es posible obtener los puntajes independientes de los 2 ítems que se consideran en esta escala como independientes, siendo este ítem el primero de los dos. La primera pregunta fue: ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Cabe mencionar que a mayor puntaje, significa una mejor percepción de calidad de vida.

De un máximo de 100 puntos más de la mitad de los adultos mayores participantes calificaron su calidad de vida como Regular (56%), un 20% la calificaron como Lo normal, y solo un 12% la percibieron como Bastante buena y Muy mala. Ninguna persona refiere encontrar su calidad de vida como Muy buena.

Tabla N° 12.
SATISFACCION DE LA SALUD

¿Cuán satisfecho/a esta con su salud?	<i>F</i>	%
Muy insatisfecho	4	16
Un poco insatisfecho	16	64
Lo normal	4	16
Bastante satisfecho	1	4
Muy satisfecho	0	0

n =25

Fuente: Resultados de la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF realizados a adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

Esta tabla representa el segundo ítem que se califica de forma independiente en la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. A la pregunta ¿Cuán satisfecho esta con su salud?, más de la mitad de los entrevistados refirieron sentirse Un poco insatisfechos con respecto a la satisfacción con su salud.

En relación al área de salud física, se encontró que la mayoría de los participantes (64%), la encuentran Un poco insatisfecho, un 16% Muy insatisfecho al igual que otro 16% opina que es

Normal, mientras que un 4% se encuentra Bastante satisfecho y ninguna persona refiere encontrarse Muy satisfecho con la satisfacción de la salud en general.

Tabla N° 13.
RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA DOMINIO

PUNTUACION	DOMINIO 1		DOMINIO 2		DOMINIO 3		DOMINIO 4	
	SALUD FISICA		SALUD PSICOLOGICA		RELACIONES SOCIALES		AMBIENTE	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
13	1	4						
19	2	8	5	20	5	20	1	4
25	2	8	4	16	8	32	5	20
31	4	16	6	24	4	16	11	44
38	6	24	2	8	0	0	3	12
44	4	16	3	12	3	12	3	12
50	2	8	2	8	2	8	1	4
56	3	12	2	8	3	12	0	0
63	0	0	0	0			1	4
69	0	0	1	4				
75	1	4						

n =25

Fuente: Entrevista realizada a los adultos mayores en la cabecera de Chimaltenango, septiembre 2015.

Esta tabla representa los 4 dominios que evalúa la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. La calificación produce un perfil en 4 puntuaciones denominadas Dominios. El primero corresponde a la Salud Física, el segundo a la Salud Psicológica, el tercero a la Salud Social y el cuarto, al área de Salud Ambiental. Los cuatro dominios son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, de acuerdo a los estándares propuestos por la OMS para población sana referente a la calidad de vida total y cada una de sus áreas siguiendo los siguientes criterios de calificación: de 69 y menos puntos la calidad de vida es Baja o Mala, de 70 a 99 puntos la calidad de vida es Media o Regular, y de 100 a 130 puntos la calidad de vida es Alta o Buena. Los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. (Alor y Torres, 2012).

Los cuatro dominios son importantes para la determinación de la calidad de vida aunque por el orden incluso del test es necesario mencionar primero el dominio de salud física el cual comprende 7 ítems en la escala. En este dominio se observa que una tercera parte de la población puntea en 38 de acuerdo a las tablas estandarizadas para la calificación del test WHOQOL-BREF. Si se toma en cuenta los criterios estandarizados por la OMS acerca de la calidad de vida se puede constatar que el dominio de Salud física se encuentra Bajo o Malo en los adultos mayores participantes en el estudio. Dado que la calidad de vida tiene su máxima expresión relacionada con la salud según la Organización Mundial de la Salud (2013), es necesario mencionar que se necesita intervención en cuanto a políticas de salud de una forma urgente en esta área.

El segundo dominio es el de Salud Psicológica en el cual un 60% de la muestra puntuó entre 19, 25 y 31 puntos ubicándose también la Salud Psicológica en Baja o Mala. Los resultados obtenidos en este dominio demuestran que los adultos mayores no disfrutan ni le encuentran sentido a la vida, no aceptándose tal y como son. El indicador más relevante es el que refiere que los participantes a menudo se encuentran con sentimientos negativos tales como tristeza, ansiedad y desesperanza.

La salud social o relaciones sociales miden cuan satisfecho se encuentra el adulto mayor con las relaciones personales, con su vida sexual y con el apoyo que obtienen de sus amigos, siendo esta el área más afectada. Solo un 50% de la muestra se ubica entre 19 y 25 puntos, siendo la puntuación máxima y con más frecuencia 25, ubicándose también este dominio en Baja o Mala.

La salud ambiental mide la seguridad en la vida diaria, el ambiente físico como el clima, la contaminación, la situación económica del individuo, el descanso, las condiciones de vivienda, los servicios sanitarios a los que tiene acceso y el transporte. Más del 80% de la muestra puntúa entre 25 y 44 como máximo, solo un pequeño porcentaje (8%) se ubica entre 50 y 63 que sería ideal de acuerdo a los estándares. Esta es un área más que se ubica en Baja o Mala.

Los resultados demuestran que en los 4 dominios la calificación se encuentra por debajo de 40 siendo el área de las Relaciones Sociales la más afectada.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

La calidad de vida no solo se fundamenta en condiciones materiales o económicas, comprende una multiplicidad de componentes biológicos, psíquicos y socioambientales como lo plantea Oblitas (2008). De modo que el concepto lleva implícito condiciones de vida, estándares, preocupaciones, metas, satisfacción personal, valores culturales entre otros sistemas valóricos que ejercen un efecto en la calidad de vida y en la forma de percibirla. Es por ello que cada persona le otorga valor a su calidad de vida de acuerdo a la forma en que la percibe, fundamento clave en esta investigación.

El objetivo principal de la presente investigación era determinar la calidad de vida en el adulto mayor. Según Tonón (2008), la mejora de la calidad de vida debe ser un objetivo prioritario en toda población y debe ser comprendida desde todas las perspectivas humanas. En este sentido dicha investigación sugiere que las normas o estándares para que los adultos mayores juzguen cuál es la mejor forma de vivir es bastante baja, esto se puede observar en la tabla No.5, la cual es indicador de las expectativas de vida de los adultos mayores. En esta tabla se esclarece que el 72% de la muestra no poseen estudios y el otro 28% solo estudiaron algún grado de la primaria, por lo que casi el 100%, no saben leer o escribir. Los adultos mayores tienden a conformarse con lo que ellos llaman “lo que les tocó vivir”. Las condiciones de vida de este segmento de la población de Guatemala son de empobrecimiento, exclusión, escasos recursos u oportunidades; es un tema que plantea urgencia en su abordaje integral.

Con base en lo anteriormente expuesto, puede decirse que los adultos mayores son una población altamente vulnerable. Por lo que es necesario abordar las sus necesidades básicas, que no están siendo satisfechas como lo demuestra la tabla No.13 en donde se observa que ninguno de los cuatro dominios puntea el estándar mínimo de la calificación promedio que conforman la Calidad de Vida según la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Si bien es cierto el adulto mayor es parte de una población en ascenso lo cual genera diversos retos a la sociedad guatemalteca como lo menciona el Informe de La Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala ODHAG (2005), el cual confirma que las estrategias de intervención en Guatemala carecen de suficiente atención para esta población etaria que se encuentra en desigualdad, pobreza, exclusión, violencia y discriminación.

Varios autores se han interesado en el estudio de la calidad de vida en general pero muy pocos se han involucrado con el tema geriátrico. En este estudio realizado en la cabecera de Chimaltenango, el cual se centró en analizar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en donde participó más de un 80% de personas entre 70 y 89 años en su mayoría mujeres de etnia Maya, se demuestra que la percepción de la calidad de vida, va de Regular a Normal según la calificación que le otorgaron los adultos mayores en una puntuación de 0 a 100, dato que concuerda con los resultados obtenidos por SEGEPLAN (2008), en su estudio titulado Vulnerabilidad de los Municipios y Calidad de Vida de sus Habitantes, en donde se concluyó que el municipio de Chimaltenango tenía una calidad de vida Media. Lo interesante de hacer este análisis es que se observa que 7 años después del estudio, la calidad de vida en Chimaltenango no ha mejorado; si bien es cierto SEGEPLAN abarcó a la población completa en todas las edades, la muestra estudiada en el adulto mayor proporciona un indicio de cómo se encuentra la población en general actualmente. No obstante este estudio demuestra que las personas se llegan a conformar o adaptar a las circunstancias que les tocó vivir, se observa un elemento de resiliencia bien marcado en cada individuo que participó en la investigación, los adultos mayores a pesar de haber nacido y vivir en situaciones de adversidad, se catalogan a ellos mismos con sus necesidades satisfechas, como por ejemplo sentir satisfacción por haber criado a varios hijos, (véase tabla No.6), participar con la comunidad y en los otros papeles que desempeñan como ser buen vecino, honrado, honorable, etc.

La investigación demuestra que los adultos mayores se encuentran solos, viviendo en hogares de sus hijos o de su familia (70% de la muestra según Tabla No.7), en un ambiente casi de abandono por las autoridades Estatales como lo demuestra la Tabla No.13 en donde se esclarece que el adulto mayor no tiene apoyo en ningún dominio que pueda mejorar la percepción de su calidad de vida. La resiliencia les posibilita percibir su vida sana viviendo en un medio que a todas luces se observa insano.

En su estudio Montenegro (2011), orientado a estudiar la Calidad de Vida en Personas Catalogadas como Adultos Mayores, confirma que el factor resiliencia es un elemento positivo para que la población del adulto mayor sobreviva en su ambiente y que, la calidad de vida se debía a la adaptación, autonomía e independencia. Concluyó también que existía una alta

sobrevivencia de mujeres lo que coincide con el presente estudio en el cual se determinó que el 72% de la muestra lo conformaron féminas, aunque no concuerda en que casi la mitad de la población goza de muy buena calidad de vida ya que en esta investigación, solo un 12% la muestra la perciben como Bastante Buena y más de la mitad de la muestra como Regular (Tabla No. 11).

Gavarrete (2006), por su parte, en su estudio titulado El Adulto Mayor y su Calidad de Vida, realizado en el Ministerio de Cultura y Deporte de Guatemala, confirma en su investigación que la calidad de vida de los adultos mayores dependía de su estado psicológico o físico, así como de las instituciones que trabajaran en función de ellos para mejorar su rendimiento o bienestar personal. Los resultados de este estudio concuerdan con los de Gavarrete en que los adultos mayores necesitan de la intervención de instituciones que trabajen para abastecer sus necesidades en las diferentes áreas que mejoran la calidad de vida. En la tabla No.13 se puede apreciar que la Salud Física, la Salud Psicológica, la Salud Social y la Salud Ambiental están necesitando de estrategias de intervención; los cuatro dominios demuestran que la calidad de vida es Baja en los adultos mayores.

En las tablas No.8 a la No.10 y la No.12, las cuales se relacionan con la salud, mencionan entre otros datos que los adultos mayores se encuentran carentes de salud, pues el 80% de la población refiere encontrarse Insatisfecho o Muy insatisfecho con su salud (tabla No. 12), así mismo; en la tabla No.8 se puede evidenciar que más del 80% de los adultos mayores se percibían enfermos de males que ellos catalogaban como propios de la edad y que por ser las patologías parte de su vida preferían no consultar por miedo a recibir maltrato en los lugares donde consultaban, o ser tratados de forma indiferente (ver tablas No. 9 y 10).

González (2012), se refiere a este respecto proponiendo que la vejez es una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales, normales e inherentes a todo individuo que deja huella a nivel físico de acuerdo al estilo de vida de cada individuo y a su interacción con el medio. La percepción de enfermedad del adulto mayor no es más que la consecuencia de una mala calidad de vida.

Complementando Quintanar (2010), en su estudio Análisis de la Calidad de Vida en Adultos Mayores, concluyó que la presencia de alguna enfermedad en los adultos mayores era del 70%

mientras que el presente estudio concluyó que la presencia de alguna enfermedad en el adulto mayor es del 84% (ver tabla No.8), muy cercana a la conclusión de Quintanar.

Ramírez (2008), en su investigación, Calidad de Vida en la Tercera Edad, indica que los adultos mayores presentaban carencias especialmente en el área de salud y el área económica lo que concuerda con esta investigación en el dominio relacionado con la salud (ver tabla No.13), que evidencia que los adultos mayores presentan carencias en cuanto movilidad, sueño y descanso, capacidad de trabajo, actividades de la vida diaria, dolor y disconformidad, las cuales son parte de la calidad de vida en cuanto a la salud, así como presentan deficiencias en el dominio de salud ambiental específicamente en los recursos económicos, participación y oportunidades de recreación y ocio. Referente a esto último el estudio de Zamora (2006), también hace hincapié en su investigación sobre Calidad de Vida en Pacientes con VIH en que son necesarios los grupos de apoyo para fortalecer la calidad de vida los cuales constituyen un medio para mejorar y satisfacer a las personas en el área académico laboral, físico y social.

Por su parte en la investigación Calidad de Vida del Adulto Mayor Dentro del Asilo Los Hermanos de Belén, Lujan (2014), argumenta que la realización de actividades recreativas, físicas y sociales son necesarias para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor. A este respecto Gálvez y Hernández (2014), mencionan que la familia es la principal red de apoyo la cual puede utilizarse para la intervención directa. Los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran al igual que la investigación de Gálvez y Hernández y Lujan en que, los adultos mayores necesitan de la propiciación de actividades en todas las áreas para mejorar la calidad de vida en las cuales se incluyan a sus familias o cuidadores primarios, puesto que se evidenció que la mayoría de los adultos mayores dependían en gran medida de su familia para su supervivencia, mejora, bienestar físico y emocional.

VI. CONCLUSIONES

- Los adultos mayores perciben la calidad de vida como Baja debido a que sus actividades diarias están seriamente influenciadas y dependen de la capacidad para percibir los diferentes ambientes que conforman parte de su vida y el contexto ambiental (normas o estándares de vida) lo cual determina por lo tanto su percepción.
- El presente estudio demostró que las condiciones de vida de los adultos mayores son de permanente vulneración de los derechos inherentes a su existencia. Las personas mayores son continuamente maltratadas ya sea en su entorno más próximo que es la familia y la comunidad, pero también en los servicios públicos en donde por lo general no se les da una atención preferencial por lo que la escasa proyección social hacia esta población etaria es lo que más les afecta.
- Esta investigación demostró que no se está fortaleciendo los cuatro dominios vitales para la adecuada percepción de la calidad de vida del adulto mayor, por lo que le es difícil desarrollarse en cada una de estas facetas como lo son el disfrute de la vida, la satisfacción de sí mismo y de las habilidades de la vida diaria, relaciones personales, la seguridad, el ambiente físico, el descanso, entre otros.
- Los cuatro dominios que mide la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF se encuentran Bajos o malos, muy por debajo de los estándares propuestos por la OMS para población sana referente a la calidad de vida total. Estas son mediadas de impacto en la enfermedad (indicadores como la morbi-mortalidad) y discapacidad, en las actividades diarias y el comportamiento, lo que implica la introducción de un elemento humanista a la atención en la salud y un compromiso con la promoción continuada de un enfoque holístico a la atención sanitaria y la salud con enfoque en la medición más allá de lo tradicional.
- Los adultos mayores son altamente vulnerables en cuanto a su salud, siendo la adultez mayor un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento y de

adaptación, se considera que este resultado necesita ser intervenido para evitar originar patologías a nivel psicológico y social, pero sobre todo a nivel físico, sabiendo que salud física es un pilar predominante para la calidad de vida.

- Los puntajes de los 4 dominios que mide la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF fueron Bajos o Malos, encontrándose las cuatro áreas por debajo de 40 Puntos de acuerdo a las escalas proporcionadas por la OMS, que indican que un dominio por debajo de 69 puntos se encuentra con Calidad de Vida Baja o Mala.
- Los adultos mayores que reciben el aporte económico del Ministerio de Trabajo y Previsión Social en la cabecera de Chimaltenango poseen un perfil Bajo de acuerdo a los resultados de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Los puntajes máximos y de mayor frecuencia son los siguientes: Salud Física 38, Salud Psicológica 31, Relaciones Sociales 25, Ambiente 31. Los resultados evidencian que la calidad de vida no se centra fundamentalmente en las condiciones materiales o económicas ya que también incluye otros elementos importantes para la buena calidad de vida; sin embargo, es evidente que el aporte económico proporciona al beneficiado un alivio para sus necesidades económicas y que la población que no tiene el privilegio de recibir el aporte económico podría estar con resultados mas desastrosos que estos.
- La calidad de vida en la cabecera de Chimaltenango es un tema que plantea urgencia en su abordaje integral debido esencialmente a que el crecimiento demográfico mundial supone un rápido incremento en el número y en la proporción de personas mayores por lo que se hace necesario abordar el tema en Guatemala y por ende en Chimaltenango.
- Durante la investigación surgieron temas que valdría la pena describir a partir de la investigación cualitativa, se realizaron observaciones y análisis para saber cómo se da la dinámica de esta población etaria sin embargo este estudio únicamente se limita a describir los datos y características de la población.

- Es necesario optimizar y priorizar la calidad y la cantidad de atención en salud creando establecimientos especializados para la recreación de los adultos mayores con el objetivo de interesarlos en compartir y conocer nuevas experiencias que posibiliten su crecimiento individual y social y no se sientan desamparados sino que al contrario, puedan sentirse valorados, dignificados e incluidos dentro de la sociedad, produciendo en ellos un envejecimiento activo y saludable que tienda a mejorar su calidad de vida.

VI.RECOMENDACIONES

- Por la naturaleza multidimensional de la calidad de vida, se sugiere implementar estrategias que faciliten el abordaje de cada dominio por separado ya que pueda ser que tenga un impacto positivo sobre un dominio y negativo sobre otro.
- Implementar o incrementar acciones que propicien la participación de la familia en la atención del adulto mayor.
- Se recomienda realizar investigación cualitativa en el adulto mayor ya que esta proporcionaría datos más relevantes y profundos sobre la percepción de la calidad de vida en este grupo etario.
- Realizar estudios que indaguen sobre el bienestar psicológico en el adulto mayor puesto que este es un indicador positivo de la salud mental, no obstante, se pueden producir cambios impulsados por la vejez los cuales pueden implicar a la vez aspectos emocionales y psicológicos que muchas veces pasan desapercibidos desarrollando cuadros depresivos, ansiosos, estrés, somatizaciones y otros de importancia.
- Crear y proponer que se promuevan o incluyan en Centros Asistenciales, programas, proyectos, actividades integrales o políticas dirigidas a las necesidades del adulto mayor en los Ministerios u ONGs y otras entidades sociales.
- Acercar los servicios de salud y fortalecer las estrategias de promoción y educación para la salud de tal manera que el adulto mayor se sienta motivado para visitar los centros asistenciales.
- Se recomienda realizar estudios sobre Calidad de Vida en todas las etapas de vida en el departamento de Chimaltenango los cuales servirán para comparar o realizar intervención en la población más vulnerable.

- Se recomienda a los profesionales de la salud hacer consciencia social acerca del trato a los adultos mayores que frecuentan los centros asistenciales.
- Promover la existencia de grupos de apoyo, creando campañas publicitarias en centros asistenciales.

VIII. REFERENCIAS

- Alor, A, Torres, A (2012).Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de un Hospital del Sur de Veracruz. (Tesis inédita) Universidad Veracruzana, México.
- Árdila, R. (2003). *Calidad de vida: una definición integradora*. [Consultado el 21 de marzo 2015.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Baldia,X., Salamero, M. y Alonzo, J. (1999). La medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. 2da. Edición Edimac, Barelna.
- Cornachione, M. (2008).*Psicología del desarrollo: Vejez*. Argentina: Bruja.
- Gálvez, S., y Henríquez, M. (2014). *Calidad de vida del adulto mayor de la unidad médica de Iolopango del instituto salvadoreño del seguro social en el periodo de septiembre 2013 a marzo 2014*. (Tesis de inédita) Universidad de El Salvador, El Salvador.
- Garrido, L. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*.
- Gavarrete, H. (2006), *El adulto Mayor y su calidad de vida*, (tesis inédita) Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- González R y Celis R. (2003). *Efectos de intervención de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. (Tesis inédita). UNAM. México:
- González, A. (2012) *Calidad de Vida en el Adulto Mayor*. [Consultado el 20 de mayo 2015.]. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/14-24_2.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana S.A.
- Hidalgo, I. (2006). *Comparación de la calidad de vida entre adultos mayores pertenecientes a un grupo organizado y adultos mayores que se atienden el consultorio Dr. Pedro Jauregui de Osorno*. (Tesis de Licenciatura inédita) Universidad Austral de Chile.
- Lazarus, E. (1998) *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, pp. 3-15.
- López, M. (2008) *El rol profesional del Psicólogo en la formación del envejecimiento activo*. [Consultado el 11 de Agosto 2015.]. Disponible en: *Disponible en www.morellpsicologia.com/guias/006-FOCAD-01.pdf*
- Luján, I. (2014) *Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los Hermanos de Belén*. (Tesis de Licenciatura inédita) Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

- Montenegro, S. (2001) *Calidad de vida en personas catalogadas como adultas mayores*. (Tesis de Licenciatura inédita) Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Monterrosa, Z., y Rodríguez, R. (2010). *Calidad de vida del adulto mayor Sibasi, Nueva Concepción*. (Tesis de Licenciatura inédita) Universidad de El Salvador, El Salvador.
- Morris, C. y Maisto, A. (2009). *Psicología* (13^a. ed). México: Pearson Educación.
- Oblitas, L. (2008). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2da. ed.). México: Thomson.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala ODHAG. (2005). *Adulto mayor y condiciones de exclusión en Guatemala*. [Consultado el 3 marzo 2015]. Disponible en: http://www.odhag.org.gt/pdf/R_EXCLUSION_ADULTO_MAYOR.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). [Consultado el 11 de abril 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Desarrollo humano* (11 ed.). México: Mc Graw Hill, interamericana editores S.A.
- Pérez C. (2013) *Naturaleza y procesos de la vejez*. [Consultado el 18 de marzo 2015]. Disponible en: <http://paraunbuenosdesarrolloenlaterceraedad.blogspot.com/>
- Pérez, G., De-Juanas A., (2013) *Calidad de Vida en Personas adultas Mayores*. [Consultado el 18 de mayo 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.gt/books?id=l6VqTMbteRcC&pg=PA140&lpg=PA140&dq=%E>
- Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF*. (Tesis de Licenciatura inédita) Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.
- Ramírez, M. (2008) *Calidad de vida en la tercera edad, Una población subestimada por ellos y por su entorno* (Tesis de Licenciatura inédita) Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.
- Ruiz, A, Morillo, L. (2004). *Epidemiología Clínica: Investigación Clínica Aplicada*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Sanchez, R y Sosa R. (2006). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la ciudad de México*. México D.F.
- Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia de la Republica SEGEPLAN. (2008). *Vulnerabilidad de los municipios y calidad de vida de sus habitantes*. [Consultado el 4 de abril 2015]. Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/>

- Tonón, G (2006). *Investigar la calidad de Vida en Argentina*. [Consultado el 28 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2010.pdf>
- Tonón, G (2008). *Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva*. [Consultado el 27 de enero 2015]. Disponible en: http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/psico10/10Psico_04.pdf
- Velasco, M., y Sinibaldi, J (2001). *Evaluación de la calidad de vida*. México. pp. 349-361.
- Viguera, V. (2000). *El portal de la psicogerontología*. Curso Virtual Educación para el envejecimiento. [Consultado el 28 de enero 2015]. Disponible en: <http://www.pcogentologia.com.ar/detallenotas.asp?...Adult>
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). *Al encuentro de la salud y longevidad*. México. pp 349-361.
- Wayne, D. (2002). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. (4ª. Ed) México: Editorial Limusa S. A.
- Zamora, L. (2006). *Calidad de vida en persona viviendo con VIH-SIDA que pertenecen o no a un grupo de apoyo*. (Tesis inédita) Universidad Rafael Landívar, Guatemala.