

SALUD EN LA TERCERA EDAD Y CALIDAD DE VIDA

Dra. Teresa Reyes Camejo. *
Lic. Eduardo Triana Álvarez.**
Téc. Neyda Matos Pérez.
Dr. José Ramón Acosta Sariago.
Centro Gerontológico Colón
Máximo Gómez # 181. Colón. Matanzas. Cuba. CP 42400.
Teléfono: (535)32125
aldo@mtzj.cee.org.cu gpct@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se destaca la importancia de profundizar en el conocimiento de la salud en la tercera edad y la calidad de vida. La organización por subtítulos pretendió hacer más asequible la consolidación de la información. Se realiza un análisis del concepto de calidad de vida y su evolución; la valoración de la misma antes y después de arribar a la Tercera Edad, su relación con la ética, resultados de investigaciones al respecto e instrumentos de medición de la calidad de vida en este grupo poblacional. Llegando a las conclusiones de que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Debe ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social -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 su salud.

Palabras claves: Gerontología, Envejecimiento, Anciano, Calidad de vida, Psicología

INTRODUCCIÓN

Durante el presente siglo asistimos a una situación singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. (1) Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

Según las regiones del mundo este proceso se comporta de manera diferente. (2,3,4,5,6,7)

La calidad de vida (CV) de nuestra vida, que equivale a la calidad de nuestro envejecimiento, es elegible en la medida que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos. (1)

La CV resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos (8,9,10) donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales:

intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.

La CV es un concepto eminentemente evaluador o valorativo, capaz de abarcar mucho más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias. Por tanto el especialista que lo usa se ve obligado a dar una definición operativa, válida para sus propósitos, y si es posible definir también los indicadores en los que descansa su definición. De lo contrario el concepto de CV puede convertirse en algo más cercano a la meta que a la ciencia, convirtiéndose en un objetivo intangible de investigación por el gran número de factores que conforman su estructura.

Los medios para la medición de la CV son muy diversos, como también son diversas sus dimensiones teóricas, por lo que su estudio requiere de un enfoque multidimensional y multidisciplinario. (8)

Todo lo anterior justifica la importancia en la profundización del tema sobre la CV en la tercera edad desde la atención primaria de salud. Los resultados alcanzados pueden ser indicadores de acción y predicción muy importantes para el trabajo tanto en la comunidad como en la atención secundaria y hasta en la atención terciaria si de hecho se tiene en cuenta al individuo como ser biopsicosocial y en interacción con su entorno.

CALIDAD DE VIDA. EVOLUCIÓN DE UN CONCEPTO

La historia nos revela que la expresión CV fue empleada por primera vez por el presidente de los Estados Unidos Lyndon Johnson en 1964, al declarar acerca de los planes de salud. (11)

También se plantea por otros autores que el vocablo fue popularizado en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial y donde había el análisis sobre los consumidores.

La aparición en 1974 de la publicación Social Indicators Research, marcó un hito en el estudio científico de la CV. (11) Ya en 1977, este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus, y en palabra clave en el sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los años 80. (11)

Primero se le da al término un carácter biologicista y luego mediante otros estudios se comprueba el entrecruzamiento de la salud con el bienestar social y la CV colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social. La OMS concibe la CV como "la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones" (12)

Por otro lado se ha comprobado que la CV se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se la entiende como "la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad". (12)

La CV sería desde esta perspectiva un constructo caracterizado por su: subjetividad, multidimensionalidad y presencia de dimensiones positivas y negativas. (11)

El concepto de CV precisa de esclarecimientos constantes si se analiza la CV de la persona humana en el contexto social o en situaciones propias de la práctica profesional de las ciencias biomédicas y en especial la atención de salud. Por otra parte, son diversos los enfoques, que desde posiciones filosóficas, religiosas, culturales y profesionales se formulan en torno a él. (13)

- Calidad de vida e industrialismo: el tránsito de la satisfacción de necesidades al consumo

Por espacio de veinte años, los índices de desarrollo económico y crecimiento de las economías de la mayor parte de Europa occidental y Norteamérica crearon la ilusión de que lo fundamental para alcanzar la buena vida, residía en elevar los niveles de vida, sobre todo los de satisfacción de las necesidades materiales. Una versión simplificada, -economicista -, de buena vida, emergió por entonces. Se supuso, de hecho, que una alta producción e ingreso per cápita eran indicador y garantía suficiente para alcanzarla. La buena vida fue identificada con el bienestar material de los ciudadanos. Este a su vez, se consideró dependiente de forma absoluta de cuan bien anduvieren las cosas en el Estado y la macroeconomía.

Aquí desempeñaron un papel importante las políticas sociales y el conocimiento. Las políticas contribuyeron a la adopción de legislaciones que protegían al ciudadano frente a las crisis y otras contingencias de la vida, y a la formación de los sistemas de salud que transformaron el panorama sanitario para bien. (13)

Por su parte, el desarrollo científico técnico transformó la vida cotidiana de millones de personas en el trabajo y el hogar, dotándolos de condiciones de producción y vida menos cruentas, y aportó el conocimiento necesario para hacer efectivos los sistemas de salud.

La salud y el bienestar identificados uno en el otro, sin dejar de ser necesidades reales, se han erigido en metas de consumo. Fenómenos individuales y colectivos como el uso innecesario de medicamentos, los preparados "de moda" y la presión de los pacientes para acceder a determinados medios diagnósticos, -la que llega muchas veces al extremo de valorar la calidad de la atención recibida a partir de que se haya empleado o no "la última tecnología"-, son ejemplos triviales y palpables de la conversión de la salud en meta de consumo. Otras manifestaciones de consumismo en salud están vinculadas a la dependencia respecto a medicamentos que muchas veces pueden ser sustituidos por otros procedimientos, pero que el paciente evade, puesto que prefiere ingerir una píldora y no afectar el curso de sus actividades cotidianas, antes que someterse a un proceso de rehabilitación o de cambio en sus hábitos. (13)

Satisfacer necesidades de salud y consumir salud son asuntos bien distintos pues las necesidades de salud podrán ser satisfechas en la medida que el conocimiento, el alcance y funcionamiento de los sistemas de salud y las condiciones sociales lo permitan.

- Calidad de vida: ecología y salud

El concepto CV lleva la carga utilitaria del ideal consumista, pero también el peso de la crítica ecologista y la toma de conciencia sobre los límites del crecimiento, la forja de una conciencia mundial sobre la necesidad de considerar al hombre en su entorno, fuera de los estrechos horizontes de reflexión y satisfacción ofrecidos por el consumismo.

Los sistemas de salud, cambiaron la situación sanitaria en los países desarrollados, y la posición del individuo, que ahora comenzó a tener acceso a servicios que antes eran exclusivos de las capas más altas, o simplemente, no existían. El crecimiento científico, el avance del conocimiento y la creación de sistemas sanitarios cada vez más abarcadores colocaron a la ciencia médica ante algunos dilemas, en especial el problema del acceso y la equidad en salud. Con la introducción de las nuevas tecnologías se facilitaron diagnósticos y tratamientos más efectivos, también se superaron algunos límites de posibilidad de la medicina hasta entonces.

Los límites de la acción médica dejaron de ser - casi abruptamente -naturales, para tornarse ahora "humanos" y "tecnológicos". (13)

El concepto de CV se tomó sumamente importante para conceptualizar estas situaciones y justificar distintas propuestas de solución. Además, por sí misma la CV de los pacientes, entendida como la presencia de determinados rasgos distintivos de los humanos -presentes en mayor o menor medida, o modificados por el proceso de enfermedad-, dieron un impulso adicional a la elaboración del concepto.

Es en este contexto que se va integrando un concepto de CV con una serie de componentes, entre los que se han destacado el espiritual, el religioso, el psicológico, el cultural, el afectivo, el social, el económico, el laboral y el físico. De una conceptualización que atendía casi exclusivamente al lado material del bienestar como consumo, pensar la CV ha devenido reflexión sobre lo humano, la vida humana y la no humana, los factores físicos y espirituales, sociales, culturales.

Así hemos llegado a una elaboración conceptual que considera la satisfacción de las necesidades materiales como elemento de gran importancia al determinar CV, pero que no la reduce a éste. Destaca en la CV la espiritualidad, el momento valorativo, puesto que el bienestar pleno es posible en los marcos de una vida dotada del sentido que ofrece el sistema de valores que el hombre porta en el contexto de su sociedad y cultura. (13)

CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE ARRIBAR A LA TERCERA EDAD

La CV en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentarla la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la CV es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

La CV aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos, tales como el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. (8) A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que

su utilidad rebasa el estrecho marco de procesos morbosos.

Según algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez (14), es el principal criterio de un envejecimiento exitoso. En la discusión actual acerca de este concepto, algunos autores han planteado que hay índices objetivos más que subjetivos, que deben utilizarse. Uno de estos criterios objetivos es la longevidad; otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente.

Desde este punto de vista, la separación entre los criterios subjetivos y objetivos para un envejecimiento exitoso, puede tener algún valor teórico. Sin embargo, esta distinción es menos significativa para la vida diaria de las personas "viejas viejas", quienes apreciarán la longitud de su existencia solamente, si viven un estado subjetivo de bienestar.

He aquí una pregunta ¿cómo mantener CV durante toda la existencia, considerándola como inevitable continuidad con cambios? (14)

La importancia del desarrollo personal y social con autonomía, el cual se reconoce enmarcado en condiciones y estilos de vida, e implica la posibilidad de asumir decisiones teniendo en cuenta, tanto su incidencia en el plano individual, como en las otras personas.

De hecho las personas viven toda una vida tratando de dar algo de sí. Mientras se es productivo van siendo mejor mirados y una vez que llegan a la etapa de la vejez lo van tildando entre otras cosas de cascarrabias (15) y socio económicamente improductivos.

- La educación como elemento positivo de la Calidad de Vida en la Tercera Edad.

Siempre se debe considerar al envejecimiento humano como el proceso que es, pero integrado a todo un sistema multifactorial y multidimensional donde lo que se haga antes de los 60 años implicará un mejor mañana y lo que se haga durante y después de los 60 años redundará también en un mañana feliz o al menos más llevadero, teniendo como indicador fundamental la educación o como mínimo la información.

Es por eso que investigaciones y proyectos actuales abordan dicha problemática y plantean que el envejecimiento no es solamente un proceso biológico, fisiológico y psicológico sino un destino social. La sociedad, los científicos, los políticos, deben aprender que la capacidad mental no declina necesariamente a medida que se incrementa la edad. Es posible evitar la declinación si se da una estimulación óptima para el desarrollo mental en la infancia y en la adolescencia y si se ofrecen oportunidades para tal estimulación también en la adultez y en la vejez. Así mismo, puede evitarse la declinación si se da una recuperación de la actividad y de las competencias, inmediatamente después de situaciones de abatimiento, enfermedad o crisis en la vejez. (14,16)

En un mundo cada vez mas rápidamente cambiante, los que se inclinan a hacer frente al futuro, aunque inciertos, pueden contribuir a darnos elementos de análisis. Así, quienes gustan de hacer futurología plantean como tendencias o innovaciones posibles en este milenio, algunas de las siguientes:

1- Un envejecimiento poblacional acompañado de un porcentaje cada vez mayor de personas que viven la vejez con autonomía y elevada CV.

2- Un grupo familiar multigeneracional, en el que toman parte miembros de tres o cuatro familias distintas, en el cual el incremento de movilidad y diferenciación de estilos de vida, hará que disminuya la importancia de los lazos de sangre.

3- Aprendizaje, trabajo y descanso como realidades simultáneas y permanentes durante toda la vida. (12)

Cabria entonces preguntamos silo que hacemos diariamente con nosotros, con otras personas y en el entorno en el que vivimos afecta positiva o negativamente nuestra CV.

Autores refieren que la posibilidad de decidir, de hacernos cargo de nuestra propia vida y de disfrutarla (como personas, sociedad y ecosistema) no tiene fecha de vencimiento. (12)

RELACIÓN ENTRE LA ÉTICA Y LA CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

"El concepto CV parte de la necesidad de proteger al hombre, y para lograrlo se trata de establecer cuáles son las mejores condiciones para su vida. Esto lleva implícito protegerlo de todo cuanto pueda dañarlo; cuidar del medio donde vive, de los demás hombres y de él mismo, por desconocer o no priorizar todo lo que asegura su salud, bienestar y sobrevivencia Pero lo más importante: hay que modificar y eliminar las consecuencias nocivas de la estructura económica y de las superestructuras jurídica y política que involuntariamente el hombre ha creado, porque en ellas radican los determinantes mediatos mas potentes de sus condiciones de vida. Estas crean desigualdad, individualismo y egoísmo, engendros apocalípticos aliados de la enfermedad, la enajenación. la muerte y la destrucción del ecosistema." (11)

Si se trata de establecer el momento de la vida que debe priorizarse para la investigación y la polémica ética de cómo proteger la CV, antes seria recomendable revisar los informes de la OMS y la UNICEF para conocer los problemas más apremiantes de la salud, de la vida y la muerte. El grueso de la literatura sobre CV está dedicada a la etapa del final de la vida, más en detalle al momento y la decisión de morir; ni siquiera a los problemas de la tercera edad que son tan importantes para tener, por lo menos, un final feliz, con jubilación, seguro médico, admiración y trato preferencial.

Una polémica sobre el derecho a morir encierra el riesgo de estar promocionando, involuntariamente, una cultura de la muerte cuando todavía no está asegurada, para la mayor parte de la humanidad una CV elemental y digna, una cultura de la vida.

CV en el ámbito de la salud debe ir mas allá del impacto de la enfermedad o el tratamiento, como se usa en medicina de corte clínico y para la promoción y venta de fármacos. Sólo una concepción más amplia podría enfrentar problemas que no son enfermedades, como es la vejez, la niñez, la promoción de salud e incluso la prevención de enfermedades.

Por lo tanto cabe respetar a los pertenecientes de la tercera edad cuáles son sus ideas acerca de su CV y de forma cortés preguntarles si necesitan que los ayudemos en algunos aspectos para mejorarla.

Estas personas guardan una historia, cuyas modificaciones para la actualidad de sus vidas, solo ellos pueden autorizarías.

RESULTADOS DE INVESTIGACIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

Según autores algunos estudios apoyan la relación existente entre estilos de vida y bienestar. En ellos se encontró que la CV guardaba una relación directa con habilidades cognitivas, emocionales y atributos personales expresados en estilos de vida que repercutían después en mejoras con el enfrentamiento a los cambios al llegar a la tercera edad. (14,16)

Otros autores afirman que la esperanza de vida depende del estilo de la misma durante todo el ciclo vital. La esperanza de vida no sólo quiere decir la longitud de la vida, sino también, la calidad de la misma. No solamente cuenta qué tan vieja puede ser una persona, sino cómo envejece. (17)

En nuestras sociedades existen muchos estereotipos negativos acerca de las personas ancianas. Muchas personas consideran la declinación de las habilidades en la tercera edad como inevitable e irreversible. En este contexto se debe recordar que las expectativas de otros van a determinar el auto concepto y por lo tanto el comportamiento individual. Debido a estos estereotipos negativos, la vejez con mucha frecuencia es un problema social.

Plantean autores que si queremos vivir la vejez de una manera adecuada tenemos que revisar la imagen que nosotros mismos tenemos de las personas ancianas. (17)

La vejez, la longevidad, no se debe mirar como un problema, sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío para todos: para la persona que envejece, para su familia y para la sociedad. No debemos preguntarnos solamente por los problemas y deficiencias del envejecimiento y de la vejez. El envejecimiento desde el nacimiento (exactamente desde la concepción) hasta el morir y la muerte es desarrollo. Y debemos preocuparnos por abrir nuestros ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas viejas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades de las personas muy viejas. Seguro encontraremos nuevos potenciales, inclusive en el grupo de las personas viejas más frágiles y discapacitadas.(17)

Se ha constatado que para un creciente número de problemas de salud, la atención domiciliaria es la mejor para el paciente. Pacientes inmuno comprometidos, ancianos frágiles y enfermos terminales son ejemplos de pacientes cuya CV puede mejorar mucho si son cuidados en sus casas. (18)

Cuando en algunas investigaciones comienza el proceso de análisis de los resultados aparece un gran problema al comparar los datos obtenidos en los trabajos que hablan sobre la CV en la tercera edad. Muchos autores han dimensionado el estudio de la CV del adulto mayor según lo que han considerado más importante, estando esto condicionado a que los instrumentos existentes para la evaluación de la CV representan tentativas para especificar en términos concretos cual es exactamente el significado de este concepto, que no es una idea acabada ni unidimensional y como cualquier otro concepto abstracto, la CV, puede ser

medida de muchas formas diferentes (8,9,10,19,20). Ejemplo de lo antes expuesto es que ha sido operacionalizada en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas, funcionamiento emocional e intelectual y acerca del desempeño del rol psicosocial respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también, bastante generalizado, en términos de bienestar. (8,9)

A pesar de esta limitación existen variables universalmente aceptadas que se relacionan con la CV en la tercera edad (8,21,22)

Criterio de otros autores evidencian que para evaluar la salud en relación con la CV de las personas mayores es más racional hacerlo en términos de función, lo cual es difícil por los métodos tradicionales de la historia clínica estandarizada(8,9,10).

Muchos son los autores que consideran la dimensión salud como importante indicador de la CV en el adulto mayor (1,8,10,22), sin embargo existen estudios que hacen énfasis en la CV, entendida en su aspecto objetivo o enfatizando sobre la influencia de algunas enfermedades o condiciones concretas sobre disímiles modelos teóricos de la CV. (19,24,25,26,27)

Se debe recordar que la capacidad de alcance funcional tiene que ver con lo que la persona hace diariamente, más que con un diagnóstico y atender a ello es condición indispensable y prioritaria para poder analizar también la funcionalidad desde el punto de vista psicológico y social. (10)

Es oportuno tomar de ejemplo la función psíquica de las personas adultas mayores, agradadamente este mito del adulto mayor como ente pasivo se va alejando y aparecen publicaciones científicas que reconocen y defienden el papel activo de los adultos mayores en la sociedad (8,14,15,27,28) en especial cuando su estado funcional está conservado.

Existen autores también que evalúan el papel condiciones socioeconómicas considerándola como indicador muy importante de la CV del adulto mayor. (8,10,23,28,29) Encontrarse incluidas variables que influyen en la CV como son la situación monetaria y las condiciones de la vivienda, no representa nada novedoso por ser considerados indicadores de CV en diferentes publicaciones. (1,8,23).

El efecto del estado funcional sobre la CV, cada día es más enunciado por autores que trabajan el tema. (8,10); pero la edad es una variable que aunque popularmente es común que se considere influyendo en la CV, es poco común en la literatura su presencia como indicador.

Son muchos los autores que han abordado las diferentes categorías y variables incorporadas a lo que respecta a la satisfacción por la vida pero siempre de forma aislada por lo cual podemos encontrar algunos hablen de la familia, el apoyo social o cualquier otra categoría como buen indicador de CV (8,9,10), pero no se ha localizado literatura valorando este conjunto de variables actuando sobre la CV.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

A continuación damos a conocer como ejemplos y forma sintetizada algunos de los instrumentos validados y utilizados en el mundo para medir CV en la Tercera Edad.

-World Health Organization Quality of Life (WHOQOL).

El World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) es un instrumento desarrollado desde 1991 por la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud que surge de la necesidad de una medida internacional de la CV, y de la promoción continuada de la salud, con un enfoque holístico de la misma y de la asistencia sanitaria (Lucas-Carrasco, 1998). El grupo WHOQOL define la CV como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses" (WHOQOL Group, 1993 y 1994). El WHOQOL es un instrumento auto aplicado. Sin embargo, cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de cultura, educación o salud, se podrá usar una forma de entrevista asistida o administrada (Lucas-Carrasco, 1998).

-SmithKline Beecham Quality of Life Scale (SBQOL).

La SmithKline Beecham Quality of Life Scale -SBQOL- (Dunbar y cols., 1992) es un instrumento auto aplicado que mide la percepción de los pacientes deprimidos y ansiosos sobre su CV, permitiendo a los mismos cuantificar sus sentimientos de bienestar actual en comparación con sus expectativas y esperanzas de cómo se sentirían en un estado ideal (Bobes y cols., 1997), valorándose así el "yo actual" y el "yo ideal".

-Depression Quality of Life Battery (DQOLB).

La Depression Quality of Life Battery -DQOLB- (Revicki y cols., 1992) es un instrumento auto aplicado de medida de la CV específico para la depresión, diseñado para valorar el resultado del tratamiento con antidepresivos. Para su elaboración se utilizaron ítems incluidos en otras escalas de CV, de tal forma que la DQOLB incluye 53 ítems que evalúan nueve dominios.

-Escala MGH DE CV.

Escala dirigida a evaluar la CV de los adultos mayores. Fue diseñada, validada y utilizada en Cuba por especialistas de la Facultad de Salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de La Habana y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Esta conformado por 34 ítems. Las dimensiones que se miden en este instrumento son la salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida las cuales presentan sus respectivas categorías con ítems incluidos. (Anexo 1)

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. Debe ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social-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 su salud.

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

No desligado de lo anterior se puede expresar que la relación entre ética y calidad vida en la tercera edad estará representada por todo aquello que hagamos a favor de ofrecer toda la información necesaria, acorde a las necesidades individuales, permitiendo el desarrollo de uno de los más importantes derechos, como es el de poder decidir para sí, que puede ser lo mejor o lo peor, independientemente de la edad que se haya alcanzado.

Desde todos estos puntos de vista se han podido obtener, a través de investigaciones científicas, resultados aleccionadores que permiten despojarnos de prejuicios sobre lo que verdaderamente pasa con la calidad de vida en la tercera edad, haciendo que se puedan proyectar análisis sobre el tema que por provecho redunda, en el presente y el futuro, en beneficio de este grupo etéreo.

Se pone de manifiesto que existen en el mundo varios instrumentos para valorar la calidad de vida, pero por ser tan abarcador el concepto se hace necesario validarlo de acuerdo al momento socio-histórico, económico, cultural y a la población blanco que va dirigido, y aplicarlo según las necesidades de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1 Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana. Editorial Científico-Técnica; 1996.

2.Martínez L, Menéndez J, Cáceres E, Baly M, Vega E, Prieto O. Las personas de edad en Cuba Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. RESUMED 1999; 12(2):77190.

3.EE.UU., Instituto Nacional del Envejecimiento, Departamento de Comercio y Administración de Economía y Estadísticas, Oficina del CENSO. Envejecimiento en las Américas. Proyecciones para el siglo XXI; Washington; 1999.

4. Litvak J. El envejecimiento de la población. Un desafío que va más allá del año 2000. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1990; 109(1):3.

5.Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estadística. La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras. Habana: Ministerio de Salud Pública; 1999.

6.Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Asistencia Social. Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor en Cuba Habana: Ministerio de Salud Pública; 1997.

7.Cuba, Ministerio de Salud Pública, MINSAP. Carpeta Metodológica del MINSAP. Habana: Ministerio de Salud Pública; 1997.

8.Dulcey-Ruiz E, Quintero G. CV y envejecimiento. En: Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana Editorial Academia; 1999:128-136.

9.Quintero G. CV y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana Editorial Científica técnica; 1996.

10. Mantilla Mantilla G, Márquez AU. Envejecimiento. Experiencias y Perspectivas. Bogotá: Ediciones AIG; 1996.

11. González U, Grau J, Amarillo MA. La CV como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana En: Acosta JR. (Ed) Bioética. Desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana 1997; 279-285.

12.Dulcey-Ruiz E. Envejecimiento, Calidad de Vida y violencia intrafamiliar Presentado en el 5º Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud -Cartagena, Colombia, Marzo 30 de 2000.

13.Delgado C. Conferencia dictada en el Diplomado de Bioética ICBP Victoria de Girón. Marzo 2001. En prensa.

14.Dulcey-Ruiz E, Mantilla G, Alfonso AM, García DM Calidad de Vida y situaciones de cambio. EXPOJAVERIANA. Universidad Javeriana de Bogotá. Marzo 16 a 20 1998.

15. Yérez M, Triana E, Reyes T, Díaz V. Experiencia de un grupo de Orientación y

Recreación. [Sitio en Internet]. Revista electrónica de Geriátría Disponible en: <http://www.geriatrianet.com/numero2/privado2/articulo24.html>. Acceso el 23 de octubre del 2000.

16. Triana EA, Reyes T. Informática y Adulto Mayor. En: Triana EA, Sanabria R. Informática y envejecimiento. Retos de un nuevo milenio. La Habana Edición especial en CD-ROM. Editorial de Ciencias Médicas; 1999.

17. Lehr U. Correlatos psicosociales de la longevidad. Conferencia en Bogotá. 1993.

18. Barbero J, Moya A. Aspectos éticos de la Atención Domiciliaria En: Contel JC, Gené J, Peya M. (Ed). Atención Domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer 1999; 119-227.

19. Green C, Brazier J, Deverill M. Valuing health-related quality of life. A review of health state valuation techniques. *Pharmacoeconomics*. 2000; 17(2): 151-65.

20. Pukrop R, Moller HI, Steinmeyer EM. Quality of life in psychiatry: a systematic contribution to construct validation and the development of the integrative assessment tool "modular system for quality of life". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250(3): 120-32.

21. Buendía J. Envejecimiento y Psicología de la salud. España. Editorial Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1994.

22. Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriátría. España. Ediciones Doyma; 1992.

23. Butler R. La revolución de la longevidad. *El correo de la UNESCO*. 1999: 18-20.

24. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease?. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000, Sep; 69 (3): 308-312.

25. Kerrigan CL, Collins ED, Kneeland TS, Voiglaender D, Moncur MM, Matheney TH, Grove MR, Tosteson AN. Measuring health state preferences in women with breast hypertrophy. *Plast Reconstr Surg*. 2000 Aug; 106(2):280-8.

26. Passik SD, Kirsh KL. The importance of quality-of-life endpoints in clinical trials to the practicing oncologist. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2000;14(4):877-86.

27. Health-Related Quality of Life in Chronic Refractory Reflex Sympathetic Dystrophy (Complex Regional Pain Syndrome Type 1). *J Pain Symptom Manage*. 2000 Jul 1;20(1):68-76.

28. Orduña MI. Terapia Ocupacional en atención primaria: ¿puede dar resultado? *JANO* 1998;1279(4):80-86.

29. Patrick DL, Kinne S, Engelberg RA, Pearíman RA. Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *J Clin Epidemiol*. 2000 Aug 1;53(8):779-785.