

CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

María Edith Avitud Guerrero¹
Flor de María Sánchez Morales¹
Jorge Eduardo Castañeda Bañuelos¹
Jorge Artemio Zegbe Domínguez²
Juan Lamberto Herrera Martínez¹
Maestría Ciencias de la Salud
Unidad Académica de Medicina Humana
¹Universidad Autónoma de Zacatecas
² INIFAP-Campo Experimental Zacatecas
Correo-E: edith_av09@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo. Valorar Índice de Calidad de Vida (ICV) en adultos mayores atendidos en un Centro de Salud Urbano. *Materiales y Métodos.* Estudio observacional, transversal, analítico, en 183 mayores de 60 años, muestra estratificada por edad. Se aplicaron varios instrumentos y medidas para integrar el ICV, elaborado bajo el modelo heurístico de Shalock y Verdugo, coincidente con la OMS. Se analizaron con SPSS y Chi cuadrada las dimensiones física, psicológica y social, integradas cada una por varios indicadores según la propuesta de Shalock y Vedugo, de las cuales se utilizaron seis. *Resultados.* El ICV fue mayormente bueno, contrario a la hipótesis planteada. Los hombres tuvieron mejor ICV que las mujeres, el cual disminuyó conforme aumentó la edad. Las dimensión biológica en general fue buena, con mayor comorbilidad en personas con pareja; en lo psicológico altos porcentajes de depresión y ansiedad en mujeres; autopercepción de salud mayormente regular a buena, mejor en aquellos sin pareja. En la dimensión social las mujeres tuvieron significativamente mala remuneración e ingresos económicos más bajos que los hombres, condiciones de vivienda regulares y bajo nivel educativo. El apoyo social objetivo fue bueno para los tres grupos de edad con pareja y el subjetivo regular en mujeres. *Conclusiones.* Los ancianos estuvieron altos en Calidad de Vida, principalmente los varones, ya que en las mujeres influyó la presencia de depresión e ingresos económicos bajos.

Palabras clave: Calidad de vida, Adultos mayores

ABSTRACT

Objective. Assess Quality of Life Index (ICV) in older adults treated at a health center. *Material and Methods.* Observational, cross sectional and analytical study, in 183 over 60 years old. An ICV questionnaire, prepared under heuristic model of Shalock and Verdugo, was applied. Analysis with SPSS and chi square was made in the physical, psychological and social dimensions. *Results.* The ICV was mostly good, contrary to the hypothesis. ICV in men better than women, which decreased as age increased. Biological, psychological and social dimensions good generally, with more comorbidity, especially in people with couple; there was high percentages of depression and anxiety in women; self-perception of health mostly fair to good, better in those without a partner. Women had poor pay, regular housing conditions and low educational level. Objective social support was good for all three groups with partner and the subjective was regular in women; the quality of social network was good for those who had a partner. *Conclusions.* The elders were high in Quality of Life mainly males, since in the women influenced low-income and depression. *Keywords:* Quality of life, Elderly.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la situación demográfica se ha caracterizado por el descenso progresivo de la natalidad y aumento de la esperanza de vida, que han llevado a un continuo envejecimiento de la población. Desde el año 2005, la OMS estableció quiénes pueden considerarse viejos con base a su edad, señalando que las personas de 60 a 74 años, son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejos o ancianos y a los que sobrepasan los 90 años se le denomina grandes, viejos o longevos. Finalmente se decidió que todo individuo mayor de 60 años sea considerado de forma indistinta como Adulto Mayor (AM) o persona de la tercera edad.¹

La población mundial de 60 años o más pasará de 605 millones en el año 2000 a 2,000 millones en el año 2050 (11 al 22 por ciento).² En la actualidad, el número de personas mayores de 60 años es dos veces superior al de 1980 y en 2050 habrá casi 395 millones de mayores de 80 años, cuatro veces más que ahora. La mayoría de ellas viven en países de ingresos bajos o medianos y en 2050 ese porcentaje ascenderá al 80 por ciento.³ En México se estima que habrá 15 millones de personas mayores a 60 años en el 2020, equivalentes al 12.5 por ciento de la población general, poco más de 22 millones en 2030 con el 17.5 por ciento, y un aumento a 36.5 millones o 28 por ciento en el 2050.⁴

La esperanza de vida en México, según datos de mayores de 60 años emitidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se incrementó 14.3 años entre 1970 y 2010; para el 2014 el promedio fue de 74.7 años, 77.5 años en las mujeres y 72.1 años en hombres.⁵ En Zacatecas la esperanza de vida durante 2015 fue similar a la nacional, con 77.9 en ellas y 72.7 en ellos.⁶ Este incremento ha tenido como consecuencia una demanda de servicios y recursos que los Estados no siempre están en posibilidades de satisfacer, no sólo por la dependencia económica que muchos de ellos ostentan, sino por la carga de salud que representan para las instituciones y sus familias, lo que constituye un grave problema social y de salud pública que debe atenderse si se quiere garantizar una buena calidad de vida para los ancianos.

Calidad de vida

En el campo de la salud, este término se popularizó en la década de los 80 con un sentido puramente biológico, hasta llegar a lograr en la actualidad un significado más integral de bienestar global, biológico, psicológico, económico y social.⁷ La OMS, desde 1994, definió la «calidad de vida» como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.⁸

Evalúa tres áreas o dimensiones: dimensión física, o condición del estado físico o de salud, entendido como ausencia de enfermedad, discapacidad o dependencia; la dimensión psicológica, o percepción del individuo sobre su estado cognoscitivo y afectivo, con dimensiones como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre sobre el futuro, las carencias personales, espirituales y religiosas, el significado de la vida y la actividad ante el sufrimiento; y la dimensión social, o percepción del individuo sobre su situación material, relaciones interpersonales, roles sociales, así como la necesidad de apoyo familiar y social.⁹

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se basa en la percepción del paciente, como uno de los principales indicadores en la evaluación de resultados en salud.¹⁰ Uno de los más aceptados es el de Patrick y Erickson, quienes la definieron como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, su secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.¹¹

La mayoría de las definiciones analizadas tienen dos elementos en común: utilizan un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valorización que el individuo realiza de su propia vida, en la importancia de la subjetividad;¹² de manera que la calidad de vida es el resultado de un «bienestar

subjetivo», asociado con la personalidad, bienestar y satisfacción por la vida que se lleva, además de estar relacionada con su propia experiencia, su salud y grado de interacción social, ambiental y en lo general, asociada a múltiples factores objetivos y subjetivos;¹³ de éstos, los que más influencia han mostrado son la alimentación, medicamentos, salud, economía, vivienda, seguridad social, transporte, accesibilidad a servicios sanitarios y/o sociales y de recreación.¹⁴

La Calidad de Vida Subjetiva (CVS) es un elemento clave en el envejecimiento satisfactorio y el grado de bienestar percibido por los AM, éste último está dado por la satisfacción o insatisfacción en los aspectos de la vida que son importantes para ellos.¹⁵ Investigadores sobre el tema señalan que la satisfacción expresada sobre su situación física, mental y social, disminuye con el incremento de la edad y la baja escolaridad,¹⁶ a mayor edad los adultos perciben peor calidad en sus vidas, aunque otros estudios indican que la percepción de baja calidad de vida es más frecuente en adultos de 60 y 70 años¹⁷ y se asocia de manera directa con las relaciones interpersonales.¹⁸ En general, los adultos perciben un sentimiento de bienestar desde los diferentes ámbitos: físico, espiritual, social, ocupacional, intelectual y psico-emocional, el cual se fortalece cuando son personas autónomas y funcionales.¹⁹

La salud física y psicológica o bienestar emocional, son los dominios más importantes en la calidad de vida desde la perspectiva de las personas de más edad, además de la seguridad, la dignidad y la independencia como los factores relevantes que contribuyen a su calidad de vida en general;²⁰ para ellos, la calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por su familia con dignidad, amor, respeto, y tener satisfechas, como ser social, sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que se satisfagan sus necesidades de alimentación vestido, higiene y vivienda.²¹

La calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad que padece, su evolución, la personalidad del paciente, el grado de afectación o cambio que se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se presenta la enfermedad.²² El adulto se sentirá más enfermo mientras mayores sean las limitaciones que padece o el proceso de envejecimiento se imponga sobre el desarrollo de las actividades que son importantes para él. Cuando el adulto fracasa en realizar las actividades básicas para su cuidado personal o Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las instrumentales o Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), puede traerle como consecuencia una fuente de estrés con implicaciones negativas para su salud.

Gallegos Carrillo indicó que una red más grande de familiares y amigos se asoció con mejor CVRS en varias escalas, ya que las redes sociales ofrecen no sólo apoyo moral y emocional, sino también físico e instrumental.²³ Coronado Gálvez et al., encontraron que el sexo masculino, y el grado de instrucción e

ingreso son factores protectores, mientras que la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica, son factores de riesgo en una mala CVRS.²⁴ Van Minh Hoang *et al.*, también encontraron que la salud y la Calidad de Vida (CV) en AM se asociaron a factores socioeconómicos, la edad, y el sexo (las mujeres reportaron peores condiciones en ambas).²⁵ Ramos Esquivel encontró que las mujeres manifestaron como más significativa la falta de salud, mientras que los hombres pusieron más énfasis en la autonomía; ellas señalaron más sentimientos negativos y los menos viejos fueron más positivos que los mayores a 71 años.²⁶

Para algunas personas esta etapa de la vida es compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en las que el cuerpo empieza a deteriorarse, el individuo no puede trabajar, disminuye su actividad social y comienza a presentar sentimientos de exclusión social y abandono. Este último, es uno de los problemas crecientes en la sociedad actual, debido a que los AM son considerados como estorbo para sus familiares. Se trata de un grupo que es discriminado por su condición de incapacidad, fragilidad, enfermedad o simplemente porque no puede cumplir con sus tareas más básicas.²⁷

El incremento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas y psicoemocionales, además de los cambios sociales que enfrentan muchos de los AM, los constituye en una población de alta vulnerabilidad a presentar baja calidad de vida. Por lo que este estudio se planteó el objetivo de determinar la calidad de vida en AM del Centro de Salud Urbano «José Castro Villagrana» de los Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ), en sus distintas dimensiones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, en una muestra estratificada por edad de 183 adultos mayores a 60 años, que acudieron a consulta matutina durante seis meses al CSU «José Castro Villagrana» de la ciudad de Zacatecas. Previo consentimiento informado, se les aplicaron varios instrumentos y mediciones. La calidad de vida se integró con las tres dimensiones de la OMS: biológica, psicológica y social, y con base en los criterios de Shalock y Verdugo,²⁸ cuyo modelo se estructura a través de dimensiones e indicadores que se organizan en distintos niveles. De las ocho dimensiones propuestas y sus indicadores, se tomaron en cuenta sólo seis:

1) *Bienestar físico* y sus indicadores fueron: a) Comorbilidad asociada (presencia de dos o más enfermedades); b) Funcionalidad en ABVD, medida con el Índice de Barthel²⁹ modificado; y c) AIVD, aplicando la Escala de Lawton y Brody modificada.³⁰

2) *Bienestar emocional*, sus indicadores: a) Presencia de depresión, evaluada mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) de Yasevage en su versión reducida;³¹ b) la autopercepción de salud; y c) la presencia de ansiedad estimada con la Escala de Hamilton.³²

3) *Bienestar material y económico* y sus indicadores: a) situación laboral, b) ingresos económicos y c) condiciones de la vivienda, se evaluó con un instrumento elaborado por la investigadora principal.

4) *Desarrollo personal*: se estimó el máximo nivel educativo alcanzado (Escolaridad).

5) *Relaciones interpersonales*: se valoró la calidad de la red social mediante la Escala de Díaz Veiga, (redes sociales familiares), en frecuencia de contactos (aspectos objetivos), y grado de satisfacción (aspectos subjetivos) con su red de apoyo.

6) *Inclusión social*, que valoró su oponente, el aislamiento social.

Los resultados de cada indicador, se recategorizaron y se asignó una puntuación por cada respuesta: Buena (3), Regular (2) y Mala (1). Se calificaron agrupándose en tres niveles: biológico (funcional), psicológico (emocional) y social (material o económico, desarrollo personal, relaciones interpersonales, e inclusión social); la suma de estos nos llevó al Índice de Calidad de Vida (ICV) con sus puntos de corte (Tabla 1).

TABLA 1. VALORACIÓN DE LAS DIMENSIONES E INDICADORES DEL ICV

Dimensión/ICV	Buena (3)	Regular (2)	Mala (1)
Biológica	9	6	3
Psicológica	9	6	3
Social	24	16	8
Total	42	28	14
Índice de calidad de vida: Buena (29-42), Regular (15-28) y Mala (<14)			

Fuente: Instrumentos de medición

El análisis y procesamiento de los datos se realizaron en el programa SPSS versión 15, y se llevó a cabo un análisis descriptivo y analítico. La asociación de las variables se determinó a través de Chi cuadrada, con significado estadístico de $p < 0.05$ y el intervalo de confianza del 95 por ciento.

RESULTADOS

De los 183 AM entrevistados, el 63.40 por ciento (116) fueron mujeres y varones el 36.60 por ciento (67). Los grupos de edad por estratos se distribuyeron de la siguiente manera: 60 a 70 años, 64.48 por ciento (118), 71 a 80 años, 26.23 por ciento (48) y mayores de 80 9.29 por ciento (17). El promedio de edad de 69 años con una desviación estándar de 7.30 y un rango de 60 a 97. El estado civil, en su mayoría casados, variable que se recategorizó en: *con pareja* y *sin pareja*, debido a la importancia de contar con la misma en este momento de la vida; la mayoría la tenían 86.75 por ciento (111) y 13.25 por ciento, no (72).

Índice de Calidad de Vida en general

El análisis de (χ^2) reveló que la mayoría de los entrevistados tuvieron un ICV bueno con un 91.30 por ciento y regular 8.70 por ciento, sin la presencia de la categoría mala. El ICV no presentó asociación con grupos de adultos mayores por edades ($\chi^2=2.428$; $p=0.304$); en los tres grupos predominó un ICV bueno, el grupo más joven (60 a 70 años) obtuvo los mejores resultados. Tampoco hubo asociación con la condición de tener o no pareja. ($\chi^2=3.939$; $p=0.061$); los adultos mayores con ésta presentaron un ICV más alto 62.87 por ciento (105), comparados con aquellos sin pareja 37.13 por ciento (62).

Análisis de la Calidad de Vida por dimensiones

Nivel biológico o Bienestar físico.- El análisis indicó que en su mayoría, el bienestar físico fue *Bueno* con 91.3 por ciento, 8.7 por ciento *Regular* y ningún caso valorado como *Malo*.

El comportamiento de los indicadores de la Dimensión Funcional: Comorbilidad, ABVD y AIVD, fueron analizados por sexo, edad y situación de pareja; no se detectó asociación con la presencia de Comorbilidad Asociada (CA); sin embargo, se observó mayor porcentaje de enfermedades en personas en condición de pareja (30.60 por ciento). Entre las enfermedades más frecuentes se encontraron la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipertensión Arterial (HTA) con 39.30 por ciento y 20.80 por ciento, respectivamente). (Tabla 2).

Tanto en las ABVD como las AIVD en su mayoría resultados buenos (88.50 y 96.70 por ciento, respectivamente), las AIVD se asociaron al grupo de edad, donde los menos viejos, (60 a 70 años), tuvieron mejor desempeño (59.60 por ciento), el que fue disminuyendo conforme la edad aumentó. No hubo significancia con el sexo o condición de pareja, pero se observó que tanto mujeres como varones (53.60 y 35

por ciento, respectivamente) presentaron adecuada capacidad para las AIVD; siendo ésta mejor en condición de pareja (56.30 por ciento). (Tabla 2).

TABLA 2. INDICADORES DE DIMENSIÓN BIOLÓGICA O BIENESTAR FÍSICO SEGÚN SEXO, GRUPO DE EDAD Y CONDICIÓN DE PAREJA

DIMENSIÓN BIOLÓGICA	Sexo (N,%)			Grupo de edad (N,%)				Condición de pareja (N,%)		
	Femenino	Masculino	Total	60-70	71-80	80 y más	Total	Sin	Con	Total
Comorbilidad asociada										
Con CA	(58) -31.7%	(29) -15.8%	(87) -47.5%	(57) -31.1%	(20) -10.9%	(10) -5.5%	(87) -47.5%	(31) -16.9%	(56) -30.6%	(87) -47.5%
Sin CA	(58) -31.7%	(38) -20.8%	(96) -52.5%	(61) -33.3%	(28) -15.3%	(7) -3.8%	(96) -52.5%	(41) -22.4%	(55) -30.1%	(96) -52.5%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) -39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			0.768				1.559			0.958
<i>Significancia</i>			0.443				0.443			0.365
Funcionalidad: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)										
Malas AIVD	(6) -3.3%	(1) -0.5%	(7) -3.8%	(27) -1.1%	(1) -0.5%	(4) -2.2%	(7) -3.9%	(5) -2.7%	(2) -1.1%	(7) -3.8%
Regulares AIVD	(12) -6.6%	(2) -1.1%	(14) -7.7%	(7) -3.8%	(5) -2.7%	(2) -1.1%	(14) -7.7%	(8) -4.4%	(6) -3.3%	(14) -7.7%
Buenas AIVD	98 (53.6%)	(64) -35.0%	(162) -88.5%	(109) -59.6%	(42) -23%	(11) -6.0%	(162) -88.5%	(59) -32.2%	(103) -56.3%	(162) -88.5%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) 39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			5.095				21.64			5.458
<i>Significancia</i>			0.082				0.001			0.064
<i>Prueba Fisher</i>			4.796				13.706			5.310
<i>Significancia</i>			0.082				0.004			0.063
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)										
Malas ABVD	(1) -0.5%	(0) 0%	(1) -0.5%	(1) -0.5%	(0) 0%	(0) 0%	(1) -0.5%	(1) -0.5%	(0) 0%	(1) -0.5%
Regulares ABVD	(3) -1.6%	(2) -1.1%	(5) -2.7%	(1) -0.5%	(2) -1.1%	(2) -1.1%	(5) -2.7%	(2) -1.1%	(3) -1.6%	(5) -2.7%
Buenas ABVD	(111) -61%	(65) -35.7%	(176) -96.7%	(115) -63.2%	(46) -25.3%	(15) -8.2%	(176) -96.7%	(69) -37.9%	(107) -58.8%	(176) -96.7%
Total	(115) -63.2%	(67) -36.6%	(182) -100%	(117) -64.3%	(48) -26.4%	(17) -9.3%	(182) -100%	(72) -39.6%	(110) -60.4%	(182) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			0.606				7.625			1.538
<i>Significancia</i>			1.000				0.140			0.630
<i>Prueba Fisher</i>			0.699				7.581			1.563
<i>Significancia</i>			1.000				0.074			0.630

Fuente: Instrumentos de medición

Nivel psicológico o Bienestar emocional.- Los resultados fueron: *Bueno* en 122 AM (67 por ciento), *Regular* en 53 (29 por ciento) y solamente 8 en *Malo* (4 por ciento).

Los Indicadores psicoemocionales considerados: depresión y ansiedad, mostraron significancia con el sexo, donde las mujeres, comparadas con los varones, presentaron mayor porcentaje de depresión (23 por ciento). También se observó que los sujetos con pareja tendieron a registrar altos porcentajes de depresión y ansiedad ya establecida (15.8 y 13.1 por ciento, respectivamente), en comparación a los que no la tenían. Aun cuando no hubo asociación, la percepción sobre su salud fue mejor en los adultos con pareja, las mujeres y los menos viejos, ya que disminuyó con la edad (Tabla 3).

TABLA 3. INDICADORES DE DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD SEGÚN SEXO, EDAD Y CONDICIÓN DE PAREJA

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	Sexo (N,%)			Grupo de edad (N,%)				Condición de pareja (N,%)		
	Femenino	Masculino	Total	60-70	71-80	80 y más	Total	Sin	Con	Total
Depresión										
Mala (establecida)	(42) -23.0%	(9) -4.9%	(51) -27.9%	(34) -18.6%	(12) -6.6%	(5) -2.7%	(51) -27.9%	(22) -12.0%	(29) -15.8%	(51) -27.9%
Regular	(20) -10.9%	(15) -8.2%	(35) -19.1%	(21) -11.5%	(11) -6.0%	(3) -1.6%	(35) -19.1%	(15) (8.2%)	(20) -10.9%	(35) -19.1%
Buena	(54) -29.5%	(43) -23.5%	(97) -53.0%	(63) -34.46%	(25) -13.7%	(9) -4.9%	(97) -53.0%	(35) -19.1%	(62) -33.9%	(97) -53.0%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) 39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			10.983				0.694			0.921
<i>Significación</i>			0.004				0.952			0.651
<i>Prueba Fisher</i>			11.538				0.810			0.967
<i>Significación</i>			0.003				0.947			0.538
Ansiedad										
Mala (establecida)	(35) -19.1%	(8) -4.4%	(43) -23.5%	(29) -15.8%	(8) -4.4%	(6) -3.3%	(43) -23.5%	(19) -10.5%	(24) -13.1%	(43) -23.5%
Regular	(7) -3.8%	(5) -2.7%	(12) -6.6%	(6) -3.3%	(4) -2.2%	(2) -1.1%	(12) -6.6%	(5) -2.7%	(7) -3.8%	(12) -6.6%
Buena	(74) -40.4%	(54) -29.4%	(128) -69.9%	(83) -45.4%	(36) -19.7%	(9) -4.9%	(128) -69.9%	(489) -26.2%	(80) -43.7%	(128) -69.9%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.4%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) 39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			7.855				4.223			0.632
<i>Significación</i>			0.020				0.380			0.786
<i>Prueba Fisher</i>			8.219				4.809			0.717
<i>Significación</i>			0.017				0.275			0.736
Autopercepción de salud										
Mala	(11) -6.6%	(3) -1.6%	(14) -7.7%	(8) -4.4%	(5) -2.7%	(1) -0.5%	(14) -7.7%	(6) -3.3%	(8) -4.4%	(14) -7.7%
Regular	(52) -28.4%	(35) -19.1%	(87) -47.5%	(55) -30.1%	(21) -11.5%	(11) -6%	(87) -47.5%	(33) -18.0%	(54) -29.5%	(87) -47.5%
Buena	(53) -29.0%	(29) -15.8%	(82) -44.8%	(55) -30.1%	(22) -12.0%	(5) -2.7%	(82) -44.8%	(33) -18.0%	(49) -26.8%	(82) -44.8%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) -39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			1.936				2.883			0.173
<i>Significación</i>			0.372				0.595			0.239
<i>Prueba Fisher</i>			1.818				2.893			0.239
<i>Significación</i>			0.372				0.573			0.92

Fuente: Instrumentos de medición

Nivel Social.- El análisis encontró un resultado regular en 126 (69 por ciento), y bueno en 57 (31 por ciento). Bienestar material/económico.- Sus indicadores: situación laboral e ingresos económicos fueron significativos para el sexo, la mayoría presentó mala remuneración (89.6 por ciento), principalmente las mujeres (59.6 por ciento). Sus ingresos monetarios fueron de regulares a buenos (56.3 y 36.1 por ciento), y las mujeres percibieron más ingresos económicos regulares que los hombres (48.1 y 8.2 por ciento), respectivamente. Las condiciones de vivienda en general, también se mostraron regulares (77.6 por ciento). El Desarrollo personal.- cuando se valoró el nivel educativo no se encontró asociación con variables, pero se observó que la mayoría (92.9 por ciento) presentaron baja educación (primaria incompleta). (Tabla 4).

TABLA 4. INDICADORES SOCIALES, SITUACIÓN LABORAL, INGRESOS ECONÓMICOS Y CONDICIONES DE LA VIVIENDA, EDUCACIÓN, POR SEXO, GRUPO DE EDAD Y CONDICIÓN DE PAREJA

DIMENSIÓN SOCIAL	Sexo (N,%)			Grupo de edad (N,%)				Condición de pareja (N,%)		
	Femenino	Masculino	Total	60-70	71-80	80 y más	Total	Sin	Con	Total
Situación laboral										
Mala (no remunerado)	(109) -59.6%	(55) -30.1%	(164) -89.6%	(106) -57.9%	(43) -23.5%	(15) -8.2%	(164) -89%	(66) -36.1	(98) -53.6%	(164) -89.6%
Regular (pensión)	(7) -3.8%	(11) -6.0%	(18) -9.8%	(11) -6.0%	(5) -2.7%	(2) -1.1%	(18) -9.8%	(6) -3.3%	(12) -6.6%	(8) -9.8%
Buena (jubilación)	(0) 0%	(1) -0.5%	(1) -0.5%	(1) -0.5%	(0) 0%	(0) 0%	(1) -0.5%	(0) 0%	(1) -0.5%	(1) -0.5%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) -39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			7.055				0.668			0.977
<i>Significación</i>			0.019				1.000			0.771
<i>Prueba Fisher</i>			6.754				1.761			0.898
<i>Significación</i>			0.019				0.871			0.771
Ingresos económicos										
Mala	(6) -3.3%	(8) -4.4%	(14) -7.7%	(7) -3.8%	(4) -2.2%	(3) -1.6%	(14) -7.7%	(3) -1.6%	(11) -6.08%	(14) -7.7%
Regular	(88) -48.1%	(15) -8.2%	(103) -56.3%	(66) -36.1%	(27) -14.8%	(10) -5.5%	(103) -56.3%	(43) -23.5%	(60) -32.8%	(103) -56.3%
Buena	(22) -12.0%	(44) -24.9%	(66) -36.1%	(45) -24.6%	(17) -9.3%	(4) -2.2%	(66) -36.1%	(26) -14.2%	(40) -21.9%	(66) -36.1%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) 39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			49.808				3.614			2.132
<i>Significación</i>			0.0001				0.463			0.337
<i>Prueba Fisher</i>			51.208				3.635			2.035
<i>Significación</i>			0.0001				0.437			0.368
Condición de vivienda										
Mala	(14) -7.7%	(9) -4.9%	(23) -12.6%	(14) -7.7%	(5) -2.7%	(4) -2.2%	(23) -12.6%	(5) -2.7%	(18) -9.8%	(23) -12.6%
Regular	(89) -48.6%	(53) -29.0%	(142) -77.6%	(93) -50.8%	(38) -20.8%	(11) -6.0%	(142) -77.6%	(60) -32.8%	(82) -44.8%	(142) -77.6%
Buena	(13) -7.1%	(5) -2.7%	(18) -9.8%	(11) -6.0%	(5) -2.7%	(2) -1.1%	(18) -9.8%	(7) -3.8%	(11) -6.0%	(18) -9.8%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) -39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			0.699				2.363			3.492
<i>Significación</i>			0.691				0.690			0.177
<i>Prueba Fisher</i>			0.673				2.684			3.488
<i>Significación</i>			0.744				0.621			0.183
Educación										
Mala	(110) -60.1%	(60) -32.8%	(170) -92.9%	(108) -59.0%	(46) -25.1%	(16) -8.7%	(170) -92.9%	(68) -37.2%	(102) -55.7%	(170) -92.9%
Regular	(5) -2.7%	(4) -2.2%	(9) -4.9%	(7) -3.8%	(1) -0.5%	(1) -0.5%	(9) -4.9%	(2) -1.1%	(7) -3.8%	(9) -4.9%
Buena	(1) -0.5%	(3) -1.6%	(4) -2.2%	(3) -1.6%	(1) -0.5%	(0) 0%	(4) -2.2%	(2) -1.1%	(2) -1.1%	(4) -2.2%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) -39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			2.905				1.577			1.327
<i>Significación</i>			0.294				0.858			0.586
<i>Prueba Fisher</i>			2.867				1.445			1.354
<i>Significación</i>			0.234				0.875			0.641

Fuente: Instrumentos de medición

Las Relaciones interpersonales.- medidas con la calidad de la red, que resultó buena para la mayoría (67.8 por ciento), se asoció al grupo de edad, con predominio en los más jóvenes (46.4 por ciento). Se vinculó favoreciendo a los que contaban con pareja (53.6 por ciento). Hubo mejor calidad de red en mujeres que

hombres (39.9 y 27.9 por ciento, respectivamente). En su mayoría calificaron como buena esta calidad de red (53.6 por ciento). (Tabla 5).

La inclusión social.- medida por su contraparte, el aislamiento social, en el análisis de χ^2 indicó asociación significativa con la condición de pareja, y fue regular para los adultos con pareja (50.3 por ciento).

TABLA 5. INDICADORES SOCIALES: CALIDAD DE LA RED SOCIAL
 (RELACIONES INTERPERSONALES E INCLUSIÓN SOCIAL)

DIMENSIÓN SOCIAL	Sexo (N,%)			Grupo de edad (N,%)				Condición de pareja (N,%)		
	Femenino	Masculino	Total	60-70	71-80	80 y más	Total	Sin	Con	Total
Calidad de la red social										
Mala	(7) -3.8%	(2) -1.1%	(9) -4.9%	(6) -3.3%	(3) -1.6%	(0) 0%	(9) -4.9%	(9) -4.9%	(0) 0%	(9) -4.9%
Regular	(36) -19.7%	(14) -7.7%	(50) -27.3%	(27) -14.8%	(13) -7.1%	(10) -5.5%	(50) -27.3%	(37) -20.2%	(13) -7.1%	(50) -27.3%
Buena	(73) -39.9%	(51) -27.9%	(124) -67.8%	(85) -46.4%	(32) -17.5%	(7) -3.8%	(124) -67.8%	(26) -14.2%	(98) -53.6%	(124) -67.8%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) -39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			3.491				10.142			56.585
<i>Significación</i>			0.19				0.136			0.0001
<i>Prueba Fisher</i>			3.313				8.607			57.491
<i>Significación</i>			0.196				0.055			0.0001
Aislamiento social										
Mala	(29) -15.8%	(16) -8.7%	(45) -24.6%	(27) -14.8%	(11) -6%	(7) -3.8%	(45) -24.6%	(32) -17.5%	(13) -7.1%	(45) -24.6%
Regular	(78) -42.6%	(50) -27.3%	(128) -69.9%	(86) -47%	(33) -18%	(9) -4.9%	(128) -69.9%	(36) -19.7%	(92) -50.3%	(128) -69.9%
Buena	(9) -4.9%	(1) -0.5%	(10) -5.5%	(5) -2.7%	(4) -2.2%	(1) -0.5%	(10) -5.5%	(4) -2.2%	(6) -3.3%	(10) -5.5%
Total	(116) -63.4%	(67) -36.6%	(183) -100%	(118) -64.5%	(48) -26.2%	(17) -9.3%	(183) -100%	(72) -39.3%	(111) -60.7%	(183) -100%
<i>Ji-cuadrada</i>			3.404				4.008			25.782
<i>Significación</i>			0.186				0.399			0.0001
<i>Prueba Fisher</i>			3.307				4.310			25.414
<i>Significación</i>			0.179				0.337			0.0001

Fuente: Instrumentos de medición

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El análisis del ICV global en este estudio resultó con una calidad de vida alta para la mayoría, sin casos identificados como malos, el 81 por ciento obtenido de buena calidad fue muy superior al 60 por ciento mencionado por Flores Villavicencio *et al.*,³³ y más aun de lo detectado por Dueñas *et al.*, donde la calidad de vida percibida sólo llegó al 20.2 por ciento, sin diferencias por sexo o situación de pareja.³⁴

Análisis de la dimensión biológica o bienestar físico: Comorbilidad, ABVD y AIVD

La Dimensión Biológica resultó buena con alto porcentaje significativo en los tres grupos de edad, con datos parecidos a los de Flores Villavicencio *et al.*, con un 87.9 por ciento de bueno.³⁵ En los zacatecanos

fue independiente del sexo, pero dependiente de la edad de manera significativa. A mayor edad mayor deterioro físico y funcional.

La CA tampoco presentó asociación, sin embargo, se observó mayor porcentaje de enfermedades en personas con pareja (30.6 por ciento); las patologías más frecuentes: la DM y la HTA, coincidentes con el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015, donde ambas enfermedades se encontraban en los primeros lugares de morbilidad nacional; para Zacatecas este mismo informe destaca que duplicó su prevalencia de diabetes entre 2000 y 2006, la que se incrementó con la edad, sobre todo, en el grupo de 49 a 59 años, y en el caso de la hipertensión la prevalencia estatal resultó superior al promedio nacional.³⁶

Lara *et al.*, en su estudio sobre funcionalidad a través de las ABVD en mayores de 65 años, observó un elevado porcentaje de 91 por ciento con enfermedades crónicas, en segundo lugar la HTA con 75 por ciento, además del sobrepeso y obesidad con 41 y 18 ciento, respectivamente.³⁷ Peña *et al.*, también encontraron la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) como la más común, y con frecuencia asociada a la DM.³⁸

Tanto las ABVD como las AIVD resultaron buenas, las últimas se asociaron al grupo de edad, donde los menos viejos tuvieron mejor desempeño, el que fue disminuyendo conforme la edad aumentó. Tanto mujeres como varones presentaron buena capacidad para las AIVD, sobre todo si contaban con pareja, debido al apoyo mutuo que se presta la pareja para realizar las actividades de interacción con la comunidad, lo que coincide con Bilotta *et al.*, quienes observaron que un buen porcentaje de mujeres cuando están solas presentan dependencia a las ABVD.³⁹ Y la influencia de la edad ya que la mayoría de la muestra estuvo conformada por adultos de 60-70 años.

Los ancianos zacatecanos tuvieron mejor resultado que el estudio realizado por Lara *et al.*, donde encontraron independencia funcional en 61 por ciento y dependencia en 39 por ciento, principalmente en la deambulaci3n.⁴⁰ Y que los obtenidos de la delegaci3n Tlahuac con 73 por ciento de sujetos funcionales en 2011, diferencia probablemente debida a que su muestra contaba con 18.4 por ciento de mayores de 79 años,⁴¹ y los zacatecanos s3lo un 9.1 por ciento, es decir con menor edad. Velazco *et al.*, confirmaron que la capacidad funcional disminuía con la edad, y seña3o un 89 por ciento con alg3n grado de funcionalidad dependiente: 29.9 moderada, 28.6 leve y 12.2 por ciento total, con s3lo un 10.9 por ciento independiente, contrario a los resultados de este estudio.⁴² P3rez *et al.*, mencionaron un buen estado funcional en 46 por ciento: 29.3 por ciento podía valerse por s3 mismo, 24.7 por ciento lo hac3a regularmente.⁴³

Análisis de la dimensión psicológica o bienestar emocional. Depresión, ansiedad y autopercepción de salud

El bienestar emocional es considerado la dimensión subjetiva de la calidad de vida; en este estudio se presentó buena con 67 por ciento, muy similar a lo encontrado por Coronado *et al.*, donde la salud mental indicó una buena puntuación en 68.7 por ciento.⁴⁴ Pero menor a lo señalado por Flores Villavicencio *et al.*, de un 72 por ciento.⁴⁵ La categoría mala solamente afectó al 4 por ciento, con significancia para el sexo, en donde los varones presentaron mejor estado emocional que las mujeres. Velazco *et al.*, identificaron más del 50 por ciento como no apto por su capacidad mental (mejor en la mujer).⁴⁶

Los tres indicadores presentaron asociación con el sexo, donde las mujeres ostentaron mayor porcentaje de depresión. Padecimiento señalado por la OMS como la enfermedad mental que más afecta a la población y para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo.⁴⁷ La mayoría de los estudios establecen la relación entre la depresión y el ser mujer, sin embargo Cosgaya Sandoval *et al.*, encontraron una mayor inclinación de los varones a desarrollar depresión (54.5 por ciento) que las mujeres (45.5 por ciento), donde se desprende la importancia de analizar el contexto de los ancianos, sobre todo si son hospitalizados.⁴⁸

En estudios locales sobre depresión en AM se indicó también una mayor prevalencia en mujeres (19.9 en derechohabientes del IMSS y 22 por ciento en usuarias de un centro de salud), mientras que el grupo de edad fue independiente, pero con proporción mayor en la edad media 60 a 70 años.⁴⁹ Bilotta, *et al.*, también encontraron mayor prevalencia de depresión en mujeres.⁵⁰ Se observó que los sujetos con pareja comparativamente tendieron a registrar altos porcentajes de depresión y ansiedad ya establecidas (15.8 y 13.1 por ciento).

En este estudio los sujetos percibieron su salud de regular a buena (47.5 y 44.8 por ciento) sin asociación con sexo, edad o condición de pareja, sin embargo estos últimos tuvieron una mejor percepción. Díaz *et al.*, encontraron un 62 por ciento que consideró su estado de salud bueno o muy bueno, no significativo para sexo, pero con peor percepción en cuanto aumentaba la edad.⁵¹ Azpiazu *et al.*, en AM de Madrid, identificaron que sólo el 52 por ciento reconocieron el estado de salud como bueno, peor en las mujeres (42.4 por ciento) que los hombres (57.5 por ciento).⁵²

Mientras que Lara *et al.*, detectaron a sólo el 37 por ciento de los adultos estudiados.⁵³ Y Pérez *et al.*, observaron porcentajes aún más bajos de satisfacción con su estado de salud (18.7 por ciento) en ancianos cubanos.⁵⁴ Van Minh *et al.*, en una comunidad de Vietnam, encontraron mejores puntuaciones en los hombres que en las mujeres del mismo grupo de edad,⁵⁵ mientras que las mujeres zacatecanas fueron más

favorecidas y fue mayor el porcentaje de buena percepción en adultos con pareja que sin ella. Lo que refleja la importancia de vivir en unión conyugal en este sector poblacional.

Dimensiones sociales

El bienestar social global de este estudio se asoció al sexo, favoreciendo a las mujeres (35 vs 28 por ciento) en bueno y regular (63 y 37 por ciento). También presentaron mejor calidad de la red (39.9 a 27.9 por ciento). Flores *et al.*, encontraron buena red social en mayor porcentaje 79.2 por ciento⁵⁶ y Coronado con el 72.7 por ciento.⁵⁷ Estudios como el de Velazco *et al.*, con la misma escala, detectaron excelente capacidad social en 10.6 por ciento; no contaban con ninguna 22.7 por ciento; e intermedia 66.7 por ciento.⁵⁸ En los zacatecanos la calidad de la red social fue buena, sobre todo, en los de 60 a 70 años, y significativo para los que tenían pareja.

En este estudio la mayoría manifestaron mala remuneración (89.6 por ciento), principalmente las mujeres (59.6 por ciento). Lo que se explica porque la mayoría se habían dedicado al hogar toda su vida y en los hombres por su inserción en actividades de baja remuneración y la ausencia de buenas pensiones o jubilaciones. Coincidente con los datos de la población estudiada por Flores *et al.*, quienes encontraron casi un 50 por ciento que no realizaba ninguna actividad laboral, 24 por ciento continuaba trabajando, en tanto que 83 por ciento de las mujeres se dedicaban al hogar.⁵⁹ Lo que explica los bajos ingresos y condiciones de las mujeres, ya que, como señalan Van *et al.*, un mejor estatus económico se asocia a mejores resultados en calidad de vida,⁶⁰ y los ingresos económicos de los zacatecanos fueron de regulares a buenos (56.3 y 36.1 por ciento) aunque en general carecen de pensión o jubilación. Las condiciones de vivienda estudiadas por su influencia en la calidad de vida,⁶¹ fueron regulares (77.6 por ciento).

En la realización personal el 92.9 por ciento presentaron baja escolaridad (primaria incompleta). Velasco *et al.*, encontraron una educación promedio menor a 3 años.⁶² Azpiazu *et al.*, un 41.9 por ciento sin estudios.⁶³ Pino *et al.*, un promedio de primaria,⁶⁴ mientras que Lara Jaque *et al.*, un 67 por ciento de alfabetos (62 por ciento con educación básica completa).⁶⁵

Se presentó asociación significativa entre el Apoyo Social Objetivo (ASO), los grupos de edad y la condición de pareja. Para los tres grupos de edad, fue bueno el ASO (84.2 por ciento), similar a Lara Jaque *et al.*, con un 82 por ciento.⁶⁶ En el Apoyo Social Subjetivo (ASS) predominó la categoría regular (61.2 por ciento) con asociación significativa para el sexo y condición de pareja, Maldonado *et al.*, encontraron que en el grupo menos viejo, el 36 por ciento lo calificó como bajo y 20 por ciento extremadamente bajo, lo que

resulta adverso para considerarlo como un envejecimiento satisfactorio.⁶⁷ El aislamiento social se asoció con tener o no pareja, siendo regular para los que sí tenían (50.3 por ciento).

CONCLUSIONES

Contrario a la hipótesis planteada, el ICV resultó bueno en su mayoría. Los hombres con mejor CV que las mujeres, la cual disminuyó con la edad. La capacidad funcional fue buena para todos y disminuyó también con la edad. La dimensión de bienestar emocional con altos porcentajes de depresión y ansiedad sobre todo en las mujeres, las que manifestaron mejor percepción de su salud que los varones a pesar de la mala remuneración, regulares condiciones de vivienda y bajo nivel de escolaridad. Destaca la buena calidad de la red social, sobre todo para las mujeres y los que contaban con pareja.

Es necesario aprovechar la oportunidad de los buenos resultados que se tienen en este tipo de población, sobre todo en los menos viejos, para implementar medidas preventivas y programas de apoyo social que contribuyan a conservar esa buena calidad de vida detectada y que promuevan el envejecimiento saludable. Se recomienda establecer intervenciones que contribuyan a mejorar los aspectos señalados con programas sociales de estímulos económicos y el fortalecimiento de la vigilancia de la salud emocional de las mujeres, no solamente con esfuerzos concentrados en su bienestar físico.

Se propone desarrollar y aplicar estrategias y programas de integración, sobre todo en los individuos identificados con aislamiento social, principalmente los varones. En general se deben diseñar políticas y estrategias orientadas a mejorar todos los aspectos de la vida social, económica y afectiva de los adultos mayores. Finalmente es preciso elaborar estudios en AM en condiciones más precarias, que no cuentan con servicios de salud y por indicadores específicos, con el objetivo de captar su situación y de priorizar su atención.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, SINAVE «Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010» *Gobierno Federal, Secretaría de Salud*, México distrito Federal, junio 2011, pp. 15, disponible en http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepidn/publicaciones2011/monografias/p_epi_del_adulto_mayor_en_mexico_2010.pdf Consultado el 12 de abril 2016.
- [2] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS, «Definición de calidad de vida» 2011, disponible en http://enciclopedia.us.es/index.php/calidad_de_vida Consultado el 12 de abril 2016.
- [3] OMS, «Día mundial de la salud 2012 - ¿está usted preparado?» día mundial de la salud 2012, disponible en <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/> Consultado el 20 de febrero 2015.

- [4] CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, CONAPO, «proyecciones de población 2010 - 2050», secretaria de gobernación, México 2014, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/conapo/proyecciones> Consultado el 18 de mayo 2015.
- [5] INEGI, «Mujeres y hombres en México», México, 2014, Pág. 20-21, disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101239.pdf Consultado el 3 de mayo 2016.
- [6] INEGI, «Cuéntame», Información por Entidad, México, 2015, disponible en <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/zac/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=32> Consultado el 1 de junio 2015.
- [7] BOTERO de Mejía Beatriz Eugenia, PICO Merchán María Eugenia, «Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años una aproximación teórica», *Revistas científicas Scielo*, Volumen 12, Número 1, Manizales 2007, pp 11-24, disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf> Consultado el 4 de enero 2015.
- [8] URZOA M Alfonso, COQUEO Urizar Alejandro. «Calidad de vida: una revisión teórica del concepto», *Revista Scielo*, volumen 30, Numero 1, pp. 61–71, 2012, disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf> Consultado el 9 de julio 2015.
- [9] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) «Definición de Calidad de vida», disponible en http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida Consultado el 16 de junio 2015.
- [10] BUTERO *et al.*, *op cit.*, pp 6-12
- [11] URZOA M Alfonso, *op cit.*, pp. 358–365
- [12] PINO Juste Margarita, BECERRA Barbosa Fátima, PORTELA Carreiro J., «Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud», *Revista de investigación en educación*, Volumen 1, Número 6, Vigo España, 2009, pp. 70–78, disponible en http://reined.webs.uvigo.es/ejemplares/6/reined_06_08.pdf Consultado el 22 de abril 2015.
- [13] VERA Martha, «Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia», *Revista Scielo*, Volumen 68, Número 3, Lima Perú, 2007, pp. 284–287, disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext Consultado el 14 de marzo 2016.
- [14] BARRAYO Yamila, CASAL Manuel, «Calidad de vida en adultos mayores, Cuba», *Revista Horizonte de enfermería*, Volumen 22, Número 1, Cuba 2011, pp. 11–22, disponible en http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/22-1/calidad_vida_adultos.pdf Consultado el 12 de octubre 2015.
- [15] URZOA M Alfonso, COQUEO Urizar Alejandro, «Calidad de vida: una revisión teórica del concepto», *Revista Scielo*, volumen 13, Numero 1, pp. 61–71, 2012, disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_abstract Consultado el 2 de agosto 2016.
- [16] DUEÑAS González Dianelis. BAYARRE Vea Héctor D, TRIANA Álvarez Eduardo, *et al.*, «Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas», *Revista scielo, Revista Cubana de Medicina General Integral*, Volumen 25, Número 2, Matanzasla Habana Cuba, 2009, pp. 1–15, disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n2/mgi02209.pdf> Consultado el 4 de febrero 2015.
- [17] MALDONADO Guzmán Gabriela, MENDIOLA Infante Susana Virginia, «Auto-percepción de la calidad de vida en adultos mayores», *Revista Eumet. Netl*, Volumen1, Número 4, Ciudad Victoria, Tamaulipas México, 2009, pp. 1–5, disponible en <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm> Consultado el 18 de septiembre 2015.
- [18] PEÑA Pérez Belén, TERÁN Trillo Margarita, MORENO Aguilera Fernando, BAZÁN Castro Manuel, «Auto-percepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de medicina familiar oriente del ISSSTE», *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, Volumen 14, Número 2, Ciudad de México, 2009, pp. 53–61, disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=30215> Consultado el 1 de febrero 2016.
- [19] NAVARRO Elías María Guadalupe, ESPARZA Zoila, OJEDA Vargas María Guadalupe, VILLANUEVA Benites Maritza Evangelina «Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana de México», *Revista Peruana*, Volumen II, Número 2, México 2013, pp. 77–95, disponible en http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIT_0dc9ee7bc25a5bc79ac8d0da34a9f2bc Consultado el 2 de marzo 2014.

- [20] MILTE Catherine, WALKER Ruth, CROTTY Maria, *et al.*, «What's important in defining quality of life for older people? An exploratory Study of the views of older South Australians», *Flinders Centre for Clinical Change and Health Care Research*, Number 01/13, Adelaide Australia, 2012, pp. 3–23, disponible en https://www.flinders.edu.au/fms/documents/test/Working_Paper_01_131.pdf Consultado el 28 de septiembre 2015.
- [21] VERA Martha, *op. cit.*, 284–290.
- [22] BUTERO, *et al.*, *op. cit.*, pp. 15-24.
- [23] GALLEGOS Carrillo Katia, JYOTI MUDGAL, SÁNCHEZ García Sergio *et al.*, «Las redes sociales y de salud relacionadas con la calidad de vida: un estudio de base poblacional de los adultos mayores», *Salud Pública de México*, Volumen 51, Número 1, Cuernavaca Morelos México, 2009, pp. 6–13. disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php> Consultado el 12 de abril 2016.
- [24] CORONADO Gálvez Juan Mavhier, DÍAZ Vélez Cristian, APOLAYA Segura Moisés Alexander, *et al.*, «Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo», *Revista Acta Medica Peruana*, Volumen 4, Número 26, Lima Perú, 2009, pp. 230-238, disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1728-59172009000400008> Consultado el 9 de marzo 2016.
- [25] VAN MINH Hoang, BYASS Peter, NGUENTHI Kim Chuc, Pared Sig, «Patterns of health status and quality of life among older people in rural Viet Nam», *Global Health Action*, Volume 3, Number 1, Hanoi Viet Nam, 2010, pp. 1–3, disponible en <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/2124/6064> Consultado el 9 de marzo 2016.
- [26] RAMOS Esquivel Júpiter, FIGUEROA Ochoa Hilda, MEZA Calleja Adriana Marcela, AVELINO Rubio Ignacio, MARTÍNEZ González Ma. Guadalupe, «La vejez y la calidad de vida desde el punto de vista de las personas mayores: un estudio sobre las representaciones sociales de un grupo social», *Revista de Educación y Desarrollo*, Volumen 26, Número 26, Michoacán México, 2013, pp. 53-63, disponible en http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/26/026_Ramos.pdf Consultado el 8 de marzo 2016.
- [27] SECRETARIA DE GOBERNACIÓN SEGOB, CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN, CONAPRED, «Adulto mayor», disponible en http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=52&id_opcion=39&op=39 Consultado el 12 de abril 2016.
- [28] VERDUGO Alonso Miguel Ángel, CANAL Buendía Ricardo, JENARO Río Cristina, BUENDÍA Corbella Martha *et al.*, «Aplicación del paradigma de calidad de vida a la intervención con personas con discapacidad desde una perspectiva integral», Investigaciones desarrolladas por el Grupo de Investigación de Excelencia de la Junta de Castilla y León GR197 (2009-2011), *Publicaciones del INICO*. Salamanca, 2012, disponible en <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26212/Investigacion7.pdf> Consultado el 1 de febrero 2016.
- [29] BARRERO Solís Claudia Lorena, SERVANDO García Arrijoja, OJEDA Manzano Alejandro «Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación, Plasticidad y Restauración Neurológica» *Asociación Internacional en Pro de la Plasticidad Cerebral, A.C. NUEVOS HORIZONTES*, Vol. 4 Números. 1-2 enero-junio, julio-diciembre 2005, disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf Consultado el 12 de enero 2016.
- [30] CHU Juan Canaleja, A Coruña, «Escala de Lawton y Brody (Philadelphia Geriatric Center) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Medicina Interna», disponible en <http://www.meiga.info/escalas/ESCALADELAWTONYBRODY.pdf> Consultado el 12 de enero 2016.
- [31] KURLOWICZ Lenore «La escalade depression geriatric (GDS)» University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing Numerous 4, Revision 2007, disponible en <http://stg.consultgeri.nyucn-webservices.com/try-this/general-assessment/issue-4> Consultado el 12 de marzo 2016.
- [32] M J PURRIÑOS «Escala de Hamilton - Hamilton depresión rating scale(HDRS)» Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Galego de Saúde <http://www.meiga.info/Escalas/Depresion-Escala-Hamilton.pdf>

- [33] FLORES Villavicencio María Elena, COLUNGA Rodríguez Cecilia, GONZÁLEZ Mario Ángel, VEGA López María Guadalupe, «Salud mental y calidad de vida en adultos mayores», *Revista Uaricha*, Volumen 10, Número 21, Argentina, 2013, pp. 1-13. Disponible en http://www.revistauricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1021_001-013.pdf
- [34] DUEÑAS, *et al.*, *op. cit.*, pp.
- [35] FLORES Villavicencio, *et al.*, *op. cit.*, p. 10.
- [36] SECRETARÍA DE SALUD, «Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015», Dirección General de Evaluación del Desempeño, México, 2015, pp. 68-71.
- [37] LARA Jaque Roxana Alejandra, MARDONES Hernández María Angélica, «Perfil socio demográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comunidad de Chillan», *Revista española de geriatría y gerontología*, número 47, volumen 18, Chile 2009, pp 81-89, disponible en <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v18-2/07.pdf> revisado noviembre 2013
- [38] PEÑA, *et al.*, *op. cit.*, pp. 53–61.
- [39] BILOTTA, *et al.*, *op. cit.*, pp. 32–41. BILOTTA Claudio, Baola, VERGANI Carlo, «Calidad de vida en pacientes ambulatorios mayores de esa edad que viven solas en la comunidad en Italia», *Health and Social Care in the community*, Volumen 20, Número 1, Milán Italia 2011, pp. 32–41. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2011.01011.x/full> consultado 09 noviembre 2013
- [40] LARA, *et al.*, *op. cit.*, pp. 81-89.
- [41] GARCÍA Jiménez María Alberta, MONROY Rojas Araceli, CONTRERAS Garfias María Elena, «Funcionalidad y Calidad de vida del adulto mayor en Tláhuac», *Monitor Universitario*, Universidad Autónoma Metropolitana, Cd. De México, Marzo 2014,
- [42] VELASCO Rodríguez Raymundo, Godínez Gómez Rubén, Mendoza Pérez Roberto Carlos, *et al.* «Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México», *Revista Enfermería. Seguro social*, Número 19, Universidad de Colima, México. 2012, pp. 91-96 <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122f.pdf> Consultado en noviembre 2013
- [43] PEÑA, *et al.*, *op. cit.*, pp. 53–61.
- [44] CORONADO, *et al.*, *op. cit.*, pp. 230-238.
- [45] FLORES Villavicencio María Elena, Cervantes Cardona, Guillermo Alonso, González Pérez, Guillermo Julián *et al.*, «Ansiedad y Depresión como Indicadores de Calidad de Vida en Adultos Mayores», *Revista de Psicología de IMED*, Volumen 4, Número 1, Guadalajara México, 2012, pp. 649-661.
- [46] VELASCO, *et al.*, *op. cit.*, pp 91-96
- [47] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD PAHO, Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.2012. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_Consultado en septiembre de 2014,
- [48] COSGAYA Sandoval Luis Elmer, RAMÍREZ Castro Erika Ines, PINTO Loria María de Lourdes, *et al.*, «Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del Estado de Yucatán según su contexto social», *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Volumen 17, Número 3, Universidad Autónoma de Yucatán, México, 2014, pp. 958-977 Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin> Consultado el 1 de enero 2016.
- [49] RUIZ de Chávez-Ramírez Dellanira, A. Zegbe Jorge, Sánchez Morales Flor de María, Castañeda Iñiguez Maura Sara «Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas», *Revista de Educación y Desarrollo*, Volumen 29, Número, Zacatecas México, 2014, pp. 73-78.
- [50] BILOTTA, *et al.*, *op. cit.*, pp. 32–41
- [51] DÍAZ Herrero Ana, NADAL Blanco Ma. José, HERNÁNDEZ Pérez Ángeles, HITA Alcázar Alicia, «Calidad de vida auto percibida y satisfacción de los sujetos de 40 a 85 años en el área de salud de Guadalajara», *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe*, Volumen1, Número1, 2005, pp. 26–31. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617604005> Consultado el 9 de noviembre 2013.
- [52] AZPIAZU Garrido Mercedes, CRUZ Jentaft Alfonso, VILLAGRASA Ferrer José Ramón, «Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid», *Revistas Dialnet*, Volumen 31,



Número 5, Madrid España, 2003. pp. 285–292, disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=495687> Consultado el 9 de noviembre 2013.

- [53] LARA, *et al.*, *op. cit.*, pp. 81-89.
- [54] PEÑA, *et al.*, *op. cit.*, pp. 53–61.
- [55] VAN MINH, *et al.*, *op. cit.*, pp. 1-3
- [56] FLORES, *et al.*, *op. cit.*, p. 655
- [57] CORONADO, *et al.*, *op. cit.*, pp. 230-238.
- [58] VELASCO, *et al.*, *op. cit.*, pp. 91-96.
- [59] ALFARO, *et al.*, *op. cit.*, pp. 152–157.
- [60] VAN, *et al.*, *op. cit.*, pp. 1–3.
- [61] FLORES Villavicencio María Elena, TROYO Sanromán Rogelio, VEGA López María Guadalupe, «Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México.» *Procesos Psicológicos y Sociales*, Volumen 6, Número 1 y 2, Guadalajara Mexico, 2010, pp. 1-24.
- [62] VELASCO, *et al.*, *op. cit.*, pp 91-96
- [63] AZPIAZU, *et al.*, *op. cit.*, pp. 285–292.
- [64] PINO *et al.*, *op. cit.*, pp. 70-78
- [65] LARA, *et al.*, *op. cit.*, pp 81-89
- [66] *Idem.*
- [67] MALDONADO, *et al.*, *op. cit.*, 1-5.