



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

***RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD BIO-PSICO-SOCIAL CON LA
AUTOESTIMA Y LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES***

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

NANCY BELTRÁN CASTILLO

Jurado

Tutor:

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez

Tutor adjunto: Mtra. María de la Luz Martínez Maldonado

Mtro. Eduardo Cortés Martínez

Lic. Eduardo A. Contreras Ramírez

Lic. Virginia Amalia Vázquez Téllez



México, D. F.

Marzo, 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DEDICATORIAS

A mis padres:

Gracias por el inmenso cariño que durante toda mi vida me han demostrado, por el esfuerzo que representó mi formación formal, por el impulso que me brindaban día a día cuándo me observaban cansada o desanimada, por su compañía y por todo el apoyo que me han dado, lo cuál contribuyo en la construcción de un camino diferente en mi vida. Gracias por ser el motivo principal de mi preparación.

A mis hermanos y hermanas:

Gracias por ayudarme a superar las pruebas difíciles que se presentaron a lo largo del tiempo en que lleve a cabo la elaboración de la Tesis. Gracias porque me ayudaron a ser más fuerte e independiente.

Y a la persona que el día de hoy ya no se encuentra a mi lado.



AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, por la guía y supervisión en el proceso de elaboración de este estudio y que gracias a él llegué a comprender el significado de:

“Al pobre que golpea a la puerta no le des el pez, sino el cordel o el anzuelo y enséñalo a pescar. El pez resuelve una situación presente, pero el cordel, el anzuelo y la enseñanza podrán resolver el problema de forma definitiva”

A la Mtra. María de la Luz Martínez Maldonado por estar presente en el proceso de formación a lo largo de este tiempo, influyendo en mis conocimientos, habilidades y actitudes hacia los(as) viejos(as), e impulsar de manera permanente el trabajo responsable con ese sector de la población. Además, por la asesoría, supervisión y revisión de este documento.

A los y las viejas que participaron de forma directa o indirecta en la conformación de este trabajo y aquellas personas que con su experiencia y conocimiento contribuyeron en mi formación en la gerontología y psicogerontología.

A cada una de las personas que me brindaron su estimación y tiempo, gracias por el gran apoyo que represento la aplicación de la Evaluación Gerontológica Integral: Alberto, Blasinia, Celia, Eusebio, Leticia, María Luz, Maribel, Ofelia y Yasui.

A mis amigas de la Unidad de Investigación en Gerontología, Mtra. Elsa, Mirna, Juanita, Cristi y Mercedes (Meche).



ÍNDICE

	Página
1. RESUMEN.	4
2. INTRODUCCIÓN.	7
3. MARCO TEÓRICO.	8
3.1. Envejecimiento y vejez.	8
3.2. Funcionalidad biopsicosocial.	15
3.3. Autoestima durante la vejez.	23
3.4. Calidad de vida en la vejez.	28
4. PROPÓSITO	32
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	33
6. HIPÓTESIS.	34
7. OBJETIVOS.	35
8. MÉTODO.	36
8.1. Tipo de estudio y población de estudio.	36
8.2. Variables de estudio.	36
8.3 Técnicas e instrumentos.	39
9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	43
10. RESULTADOS.	44
10.1. Características de la población estudiada.	44
10.2. Funcionalidad física.	45
10.3. Funcionalidad biopsicosocial y calidad de vida.	46
10.4. Funcionalidad biopsicosocial y autoestima	46
10.5. Variables intervinientes de acuerdo a la funcionalidad biopsicosocial.	46
10.6. Diferencias encontradas en la población de estudio de acuerdo a la funcionalidad biopsicosocial.	47
10.7. Correlaciones.	48
10.8. Otros resultados.	49
Cuadro 1 Características de la muestra de estudio.	50
Cuadro 2 Personas que realizan AIVD de la muestra de estudio.	51
Cuadro 3 Personas que realizan AIVD de la muestra de estudio por sexo.	52



Cuadro 4 Desempeño de actividades físicas en la población de estudio.	53
Cuadro 5 Personas que realizan capacidades físicas por sexo.	54
Cuadro 6 Funcionalidad biopsicosocial y grupo de edad acuerdo a los niveles de calidad de vida.	55
Cuadro 7 Funcionalidad biopsicosocial y grupo de edad de acuerdo a los niveles de autoestima.	56
Cuadro 8 Variables intervinientes de acuerdo a la funcionalidad biopsicosocial.	57
Cuadro 9 Variables intervinientes de acuerdo a los niveles de calidad de vida.	58
Cuadro 10 Variables intervinientes de acuerdo a los niveles de autoestima.	59
Cuadro 11 Relación de la funcionalidad cognitiva, CV global, autoestima, depresión y RAS respecto a las AIVD.	60
Cuadro 12 Relación de la funcionalidad cognitiva, CV global, autoestima, depresión y RAS respecto a las capacidades físicas.	61
Cuadro 13 Puntajes de Mini-Mental, calidad de vida, autoestima, GDS y RAS por grupo de edad.	62
Cuadro 14 Asociación de variables de funcionalidad, autoestima y calidad de vida.	63
Figura I Dispersión de puntos de calidad de vida y puntaje de detección de depresión.	64
Figura II Dispersión de puntos de autoestima y puntaje de detección de depresión.	65
Cuadro 15 Factores de riesgo para calidad de vida.	66
Cuadro 16 Factores de riesgo para autoestima.	67
11. DISCUSIÓN.	68
12. CONCLUSIONES.	78
13. PERSPECTIVAS.	79
14. REFERENCIAS.	80
15. ANEXOS.	88



1. RESUMEN

Antecedentes: La funcionalidad biopsicosocial es un indicador de salud en las personas adultas mayores, la cual permite autonomía e independencia, además de una integración activa dentro de la sociedad, sin embargo se ha reportado que los índices de dependencia aumentan con la edad, sugiriéndose que los cambios que se dan en el proceso de envejecimiento pueden repercutir en la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria sugiriéndose además que puede influir en otras esferas de las personas como es la percepción de calidad de vida y autoestima.

Objetivo: Determinar la relación de la funcionalidad bio-psico-social con la autoestima y la percepción de calidad de vida en una población de adultos mayores de la ciudad de México

Método: Se realizó un estudio observacional, protectivo, transversal de tipo comparativo, con una muestra no probabilística por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 218 personas mayores de 60 años (70.83 ± 7.47), de las cuales 38 (17%) fueron hombres y 180 (83 %) mujeres; del área metropolitana y del municipio de Real del Monte, Hidalgo., sin deterioro cognitivo severo. A todas las personas de manera individual se les realizó una Evaluación Gerontológica Integral (EGI), siguiendo los criterios de evaluación de cada prueba. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas, ji cuadrada (χ^2) con un nivel de confianza del 95%. Así mismo, se llevó a cabo una regresión lineal utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, considerando una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$. Además, se calculó como estimador de riesgo la razón de momios (RM) con un intervalo de confianza al 95% ($IC_{95\%}$), utilizando el paquete estadístico SPSS V12.0.

Resultados: Se encontró una asociación positiva entre los niveles de la percepción de CV global y el puntaje de autoestima ($r = 0.56$, $p < 0.05$), con el puntaje de RAS global ($r = 0.26$, $p < 0.05$) y negativa con el puntaje de detección de depresión ($r = -0.62$, $r^2 = 0.39$, $p < 0.05$). Además, se encontró una asociación negativa entre el puntaje de autoestima y el de detección de depresión ($r = -0.68$, $r^2 = 0.46$, $p < 0.05$) y con el de RAS ($r = -0.29$, $p < 0.05$), también se encontró una asociación entre el puntaje de detección de depresión y el de RAS fue negativa ($r = -0.22$, $p < 0.05$). Las personas que tuvieron un nivel alto de RAS, presentaron mayor puntaje de autoestima (70 ± 18) y menor puntaje en la detección de depresión (8 ± 5) a diferencia de las que tenían nivel bajo de RAS (64 ± 21 y 10 ± 7 , respectivamente) de manera significativa ($p < 0.05$). De igual forma se observó que las



personas con alta CV obtuvieron un puntaje menor en GDS (9 ± 6) que las que reportaron CV baja (20 ± 6) ($p < 0.05$). Por último se observó una tendencia como factor de riesgo para percepción de calidad de vida baja, el tener un bajo nivel de redes de apoyo social (RM = 3.5, IC_{95%} 0.75-16.9, $p < 0.121$).

Conclusiones: La funcionalidad biopsicosocial influye significativamente en la se autoestima y de calidad de vida, existe una asociación estrecha entre el nivel de CV y la presencia de síntomas depresivos. La mayoría de personas adultas mayores de la comunidad son independientes para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo cual se asocia con una mayor autoestima y calidad de vida. La funcionalidad física no es el principal factor determinante de la autoestima y la calidad de vida. Las RAS constituyen el elemento fundamental para la calidad de vida y por último que el estado afectivo es el factor determinante de mayor relevancia para la autoestima.



2. INTRODUCCIÓN

La funcionalidad es uno de los parámetros más relevantes para determinar el estado de salud y calidad de vida de las personas adultas mayores. En este sentido, la capacidad para realizar actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria están vinculadas con la independencia y la autonomía, lo cual favorece el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, estrategias indispensables para lograr el máximo de bienestar acorde con el contexto sociocultural específico del individuo.

El enfoque de la presente investigación es de tipo multidimensional, el cual considera a la funcionalidad de manera holística en el marco de los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Ahora bien, los cambios y acontecimientos que ocurren en la vejez y en el envejecimiento, pueden afectar la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria (funcionalidad biopsicosocial) repercutiendo en otras esferas de la persona como su autoestima y/o su calidad de vida, tema central en estudios de diversas disciplinas, con el fin de identificar la carencia estructural que debe promoverse y desarrollarse entre la sociedad para obtener un mejor nivel de la misma.

En este sentido y tomando en cuenta que en nuestro país los estudios que relacionan la autoestima y la calidad de vida con la funcionalidad de manera integral son escasos y más cuando se realizan con población adulta mayor, es importante conocer el impacto que tienen diferentes factores sobre la funcionalidad biopsicosocial, por lo que se ha planteado el objetivo de determinar la relación que existe entre la funcionalidad biopsicosocial con la autoestima y la percepción de calidad de vida en adultos mayores en población mexicana.



3. MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es un proceso natural, multifactorial y universal que afecta de manera distinta a cada persona, de ahí que aunque es individualizado, en términos generales se inicia alrededor de la quinta década de la vida y se caracteriza por una disminución de la reserva homeostática que se traduce en una mayor vulnerabilidad en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, lo cual repercute en la funcionalidad y consecuentemente en la autoestima y la calidad de vida.

Por tal motivo, a continuación se presenta la información teórica pertinente y necesaria, que permitirá fundamentar el problema y la hipótesis de la investigación. Se abordan los aspectos teóricos relativos al envejecimiento y la vejez, así como la funcionalidad biopsicosocial enmarcada en la autoestima y calidad de vida.

3.1. Envejecimiento y vejez.

El envejecimiento de la población en las sociedades occidentales es una de las características que las describe, esto debido a la transición demográfica que se está presentando en estos países, incluyendo el nuestro.

En el año 2000, las personas de 60 años o más en nuestro país representaba el 6.8 por ciento de la población total y se espera se incremente al 28% en el año 2050. Por su parte la División de Población de las Naciones Unidas reportó en el año 2002 que en las regiones más desarrolladas en 1950 había 11.7% de personas envejecidas, estimando y haciendo una proyección de que en el año 2050 habrá 32.3 por ciento del total de sus poblaciones. Al realizar una comparación con estos países se observa que a nuestro país le tomará la mitad



de tiempo incrementar casi 21 puntos porcentuales de su población envejecida (CONAPO, 2002).

En este sentido, se dice que nuestro país cursa por una transición demográfica, debido a lo cual la proporción de ancianos se ha incrementando de manera significativa, de tal manera que en 1950 el número de personas de 60 años y más ascendía a un 5.5% (1, 419, 685), cuya cifra se incrementó al 8.1% (8, 364, 334) en el 2005 y se espera un 12.4% (17,512,000) de personas adultas mayores para el año 2025 (cuadro 1) (Mendoza-Núñez et al., 2008).

Cuadro 1. Proyecciones de la población de mayores de 60 años en México.

Año	Población total	Mayores de 60 años	Porcentaje
1950	25,791,017	1,419,685	5.5
1970	48,225,238	2,709,328	5.6
1990	81,249,645	4,988,158	6.1
1995	91,158,290	5,969,643	6.5
2000	97,014,867	7,090,873	7.3
2005	103, 263, 388	8,364, 334	8.1
2025*	141,225,806	17,512,000	12.4
2050*	146,971,050	35,713,967	24.3

*Proyecciones del INEGI, 2005.

Otro aspecto relacionado, es el de la esperanza de vida que tenderá a aumentar pasando de 75.3 años (73.1 años para hombres y 77.6 para mujeres) en la actualidad, a 83.7 años (82 y 85.5 años respectivamente) en el año 2050, lo que representa un mayor número de personas mayores viejas-viejas, incluso centenarias (CONAPO, 2002).



A medida que se van teniendo estas transformaciones, a la par se va dando un cambio en los patrones del proceso de salud-enfermedad (transición epidemiológica). Actualmente se observa que las enfermedades infectocontagiosas no erradicadas aún, van siendo sustituidas por las enfermedades crónicas degenerativas las cuales pueden padecerse por largos periodos de tiempo, y una de las consecuencias de estas últimas es la dependencia, es decir, disminuye la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Se reporta que en nuestro país no menos de 2 millones de personas adultas mayores en la actualidad sufren un estado de dependencia funcional, recayendo la atención en los familiares (Novelo, 2003).

Al respecto se dice que conforme se va envejeciendo el individuo se incapacita para la vida activa, por invalidez progresiva, por la acentuación de efectos de las enfermedades crónico-degenerativas, por problemas psicológicos y sociales, disminución económica o cambios en la estructura familiar, y que estos cambios son parte normal del proceso de envejecimiento (San Martín, et al., 1990).

Sin embargo, esto no siempre es así lo que plantea un gran desafío debido a que la mayoría de los estudios e investigaciones que se realizan, en muchas ocasiones se encuentran limitados por la visión negativa y despectiva que se tiene de la vejez; esta visión considerada a esta etapa de la vida como enfermedad, las personas son vistas como una carga social, se le adjudican prejuicios, mitos y estereotipos (positivos y/o negativos) que dificultan el estudio de este periodo de la vida, y desde luego permean las explicaciones teóricas que se tienen de la vejez y del envejecimiento (Martínez, 2004).

3.1.1. Teorías del envejecimiento y la vejez.

Las teorías que explican el proceso de envejecimiento se agrupan en fisiológicas, psicológicas y sociológicas, entre las primeras se encuentran las celulares



argumentando que el envejecimiento se da por la acumulación pasiva de errores en el ADN y ARN, proteínas y lípidos, debido a ataques medioambientales; un ejemplo de ello es la teoría mitocondrial del envejecimiento; por lo que se dice que los cambios a nivel celular, conllevan al envejecimiento el cual es un proceso en el que las células comienzan a degenerar (desgaste celular) y morir caracterizado por una declinación del organismo, se vuelve frágil, con males irremediables (Beauvoir, 1970).

Otra explicación la dan las teorías genéticas que indican que el envejecimiento es el resultado de una alteración de los mecanismos autorreguladores y de las alteraciones primarias en el sistema genético, que es consecuencia de cambios estructurales, metabólicos y funcionales en el organismo, afectando a las capacidades adaptativas, posibilitando así el fallecimiento de las personas (Frolkis, 1977).

Entre las teorías psicológicas se encuentra la de la actividad, que indica que la base para un envejecimiento saludable es la actividad "física", por lo que las personas mejor adaptadas, longevas, con mejor estado de salud son las que realizan mayor número de actividades.

Desde las ciencias sociales, el envejecimiento, es considerado como un proceso que está determinado por el contexto, en el que se incluyen elementos como el momento histórico, la organización social, la cultura, la situación geográfica, la historia de la comunidad, la historia personal y el lugar en dónde se envejece.

Como se puede observar algunas de las explicaciones que se brindan, sobre el envejecimiento conllevan deterioro, decadencia, fragilidad e incapacidad, y estos enfoques en cierta forma, podría reforzar parte de los estereotipos negativos que se tienen del envejecimiento y de la vejez.



Por otro lado, existen otras explicaciones las cuales indican que es el resultado de un proceso biofisiopsicológico, que está constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se inician antes de dar inicio a la vejez. Asimismo, este enfoque retoma características del proceso de envejecimiento, como su universalidad, es decir, sus efectos los presentan todos los seres vivos; la irreversibilidad, esto es, no hay posibilidad de evitarlo y la individualidad que guarda, ya que éste aparecerá y evolucionará dependiendo de la genética, de la historia, del medio ambiente, de la cultura de cada individuo, entre otros, de ahí que se diga que el envejecimiento es irregular, asincrónico e individual (Langárica, 1987).

La postura que se asume en el presente estudio, es la visión gerontológica, la cual maneja que el envejecimiento es un *“proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado”* (Mendoza-Núñez, 2004).

Por otro lado la vejez a lo largo de la historia ha sido enmarcada en dos posturas filosóficas, que a su vez han permeado en la concepción actual de la misma, éstas son la Aristótelica y la Platónica. La primera concibe a la vejez como una etapa de decadencia y la segunda la observa como una etapa de equilibrio

Es importante resaltar que en el pasado sólo una pequeña porción de la población alcanzaba esta condición, actualmente un número impresionantemente mayor puede alcanzar esta edad. De hecho, para un número considerable de personas, la vejez puede abarcar un tercio de su vida (Warner & Willis, 2003).

Algunos investigadores han señalado que la vejez es cronológica y es definida por la edad cumplida (Moragas, 1999). En 1979 la Organización de las Naciones



Unidas (ONU) por su parte, estableció que la vejez inicia a los 60 años en los países en desarrollo, y a los 65 años en los países desarrollados (Mendoza-Núñez, et al., 2004).

Por su parte los enfoques sociales consideran a la jubilación como un elemento que marca el inicio de la vejez, es decir, cuando una persona se jubila automáticamente pasa a ser vieja, tiene menor capacidad de productividad y trabajo (altamente valorada en la sociedad actual) por lo que “ya no sirve”. Y esto ayuda a que alrededor de esta etapa de vida se gesten prejuicios, mitos y estereotipos que conllevan a discriminación (Fernández-Ballesteros et al., 2004).

Y es en este momento en que la sociedad adjudica etiquetas y estereotipos que indican cómo debe comportarse una persona vieja, en el que éstas asumen esa imagen y terminan comportándose como lo marca la sociedad, es decir, se auto-cumple la profecía.

Esta concepción afortunadamente comienza a ser reemplazada por otro enfoque que toma en cuenta tanto elementos biológicos, como psicológicos y sociales, es decir, se toman en cuenta las características personales, como es el estado físico, historia personal, género, raza, cultura, medioambiente, entre otras, para explicar que sucede en la vejez.

La teoría de continuidad por ejemplo, refiere que las personas viejas muestran consistencia en su pensamiento, actividades, comportamiento y manera de relacionarse a pesar de los cambios que se generan en las diferentes áreas (física, psicológica y social), existiendo un deseo de continuidad que obliga a las personas a prepararse para los cambios que se van a presentar (Moragas, 1999).

Por otro lado, la teoría del ciclo vital considera a la vejez una etapa más del desarrollo, es una etapa vital en la que se producen efectos en las personas por el transcurso del tiempo (Moragas, 1999). Éste enfoque permite analizar e identificar



las características de las personas adultas mayores, considerando elementos físicos, psicológicos y su contexto social. Refiere además que existe a lo largo de la vida un balance entre un crecimiento (ganancias) y un declive (pérdidas), en la cual existe una disminución en algunas funciones y en otras no, de igual forma esto sucede con las personas, algunas presentan disminuciones en determinadas funciones y otras no, por lo que existe y se incrementa la variabilidad interindividual (Baltes, 1987).

El anterior enfoque permite tener una visión más equilibrada de la vejez, aunado con el enfoque gerontológico de envejecimiento ayudan a comprender las modificaciones que se dan en el individuo, aludiendo que no todo es disminución y pérdidas, siendo posible a su vez una adaptación en un entorno determinado. Lo anterior se refleja en la funcionalidad biopsicosocial de las personas, por lo que a continuación se describe dicho parámetro que ha ayudado a comprender las diferencias y modificaciones en esta etapa de la vida.



3.2. Funcionalidad biopsicosocial.

En 1984 la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció a la funcionalidad como un parámetro de salud aceptable para las personas adultas mayores. La funcionalidad es definida como *“la capacidad de una persona de realizar actividades de la vida diaria de manera independiente, estas se realizan diariamente o con una frecuencia regular las cuales permiten tener autonomía e integración en el medio ambiente, cumplir con un rol social, y por tanto estar integrado en la sociedad”* (Figura 1) (Varela et al., 2005).

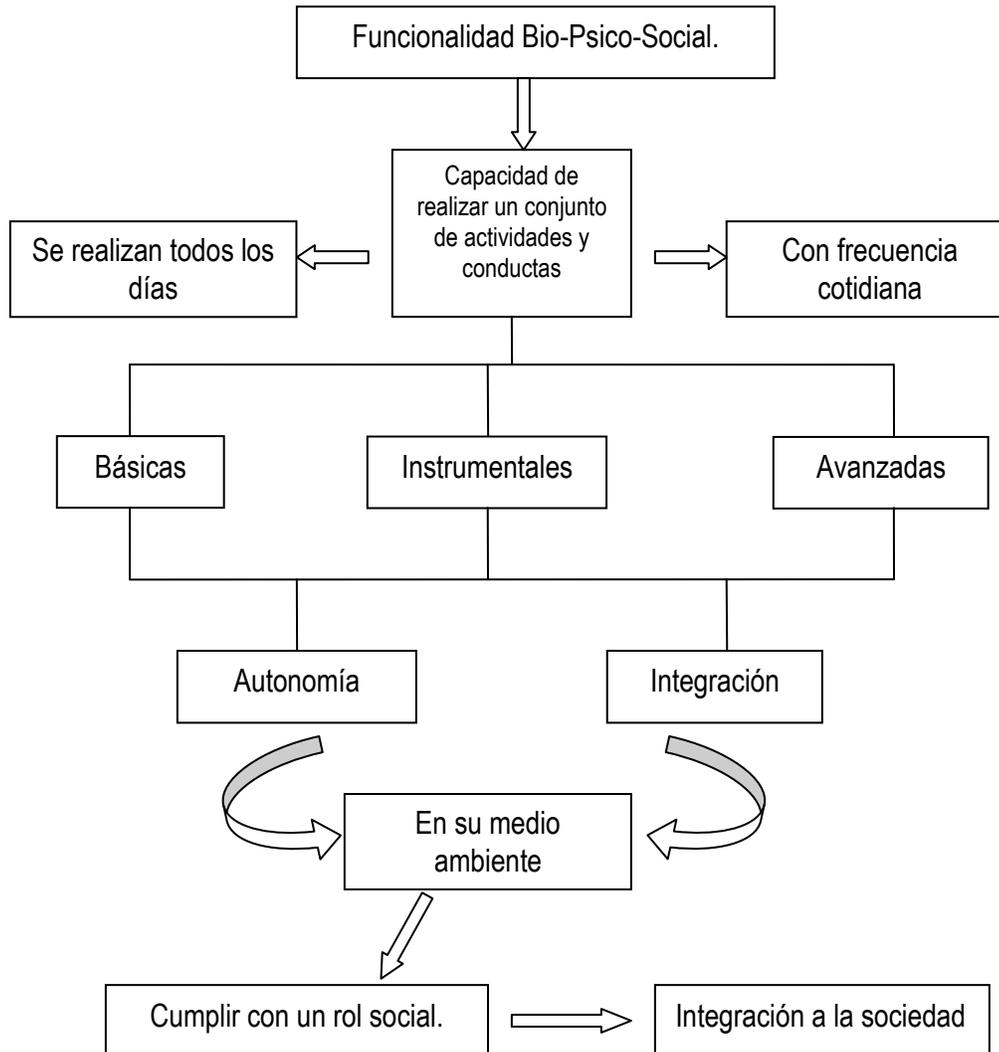


Figura 1. Descripción de la funcionalidad biopsicosocial.



En este sentido, si una persona cuenta con la capacidad de atenderse a sí mismo, se desarrolla en el seno de la familia y la sociedad, y realizar actividades de la vida diaria de forma dinámica es una persona funcional y por tanto sana, es decir, la persona que cuente con un desarrollo integral que mantenga una funcionalidad física, mental y social en su entorno, y que a su vez, se traduzca en bienestar objetivo y subjetivo, independientemente de que presente o curse con enfermedades crónico degenerativas (debido a que éstas pueden y deben controlarse), se puede considerar sana desde el punto de vista gerontológico (Mendoza-Núñez et al., 2003).

Debido a lo anterior, la mayoría de las personas viejas son sanas (más del 80%) desde el punto de vista gerontológico, por lo que la funcionalidad determina el nivel de independencia para realizar actividades básicas, instrumentales, de orden físico, psicológico y social (Varela et al., 2005).

En el 2001 la Organización Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud (CIF), que considera la funcionalidad como “funcionamiento” con una visión integral, donde se relacionan las diferentes estructuras y funciones del organismo, además de la actividad y la participación en un marco socio-ambiental (OPS, 2001).

Las actividades de la vida diaria a su vez se agrupan en: actividades de la vida diaria básicas (AVD-B), instrumentales (AVD-I) y avanzadas (AVD-A). Las AVD-B denominadas primarias son acciones de autocuidado que permiten movilidad y autonomía, que a su vez van a permitir un nivel de independencia elemental, éstas son fundamentales para que una persona pueda vivir, las cuáles van a depender del estado de salud de las personas (Figura 2), ejemplo de estas actividades son: alimentarse, desplazarse, control de esfínteres, bañarse, vestirse, etc., (Varela, 2003).



Figura 2. Actividades de la vida diaria básicas.

Las AVD-I van a permitir una adaptación del entorno, sin embargo estas van depender no solamente del estado de salud físico, sino que además van a intervenir aspectos de rendimiento cognitivo con el cual cuenta la persona adulta mayor y del entorno social, para desempeñar tales acciones, por otro lado dichas acciones van a tener diferentes connotaciones para cada persona dependiendo de la edad, de las circunstancias personales o sociales y de los estilos de vida que se tengan, ejemplos de las actividades instrumentales son: manejo de dinero, realizar compras, usar el teléfono, etc., (Figura 3).

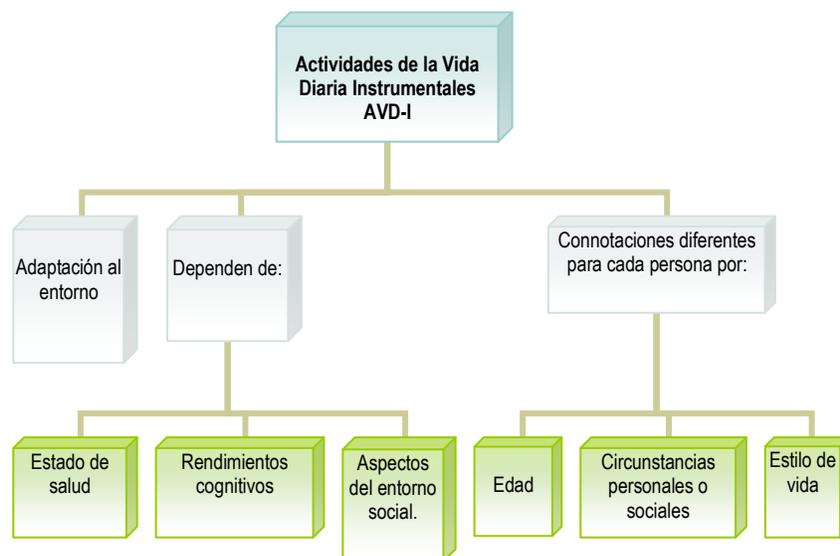


Figura 3. Actividades de la vida diaria instrumentales.



Las actividades de la vida diaria avanzadas (AVD-A) son conductas mayormente elaboradas, dadas por el control que tiene la persona del medio físico y social, estas permiten cumplir un papel social, que a su vez va a ayudar a mantener la salud mental, gozar de un nivel bueno de calidad de vida contribuyendo de esta manera en la dignificación de la persona (por ella misma y por la sociedad); la participación social, desempeñar actividades laborales o aficiones, realizar viajes son ejemplos de estas actividades (Figura 4).

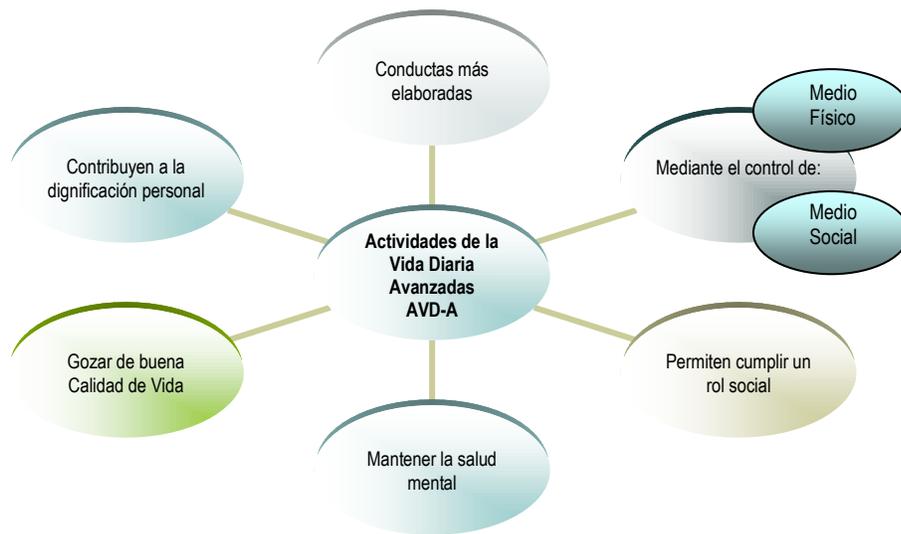


Figura 4. Actividades de la vida diaria avanzadas.

Sin embargo la capacidad de llevar a cabo las actividades necesarias para lograr un bienestar puede disminuir por la presencia de trastornos, enfermedades crónicas y sus complicaciones, lesiones que limitan las aptitudes físicas o mentales que se traducen a su vez en consecuencias importantes para la vida social (OMS, 1998).

Se ha reportado que los índices de dependencia aumentan con la edad y son más elevados en personas que viven en la pobreza, además de que las mujeres (por la feminización de la vejez) son quienes mayormente sufren dicha condición. También, se ha sugerido que las enfermedades crónico-degenerativas son una de



las principales causas para desarrollar una disminución es su funcionalidad biopsicosocial (Barrantes-Monge et al., 2007).

Asimismo, se ha encontrado que la funcionalidad física está relacionada con la edad y con el estado anímico, y que existen factores que potencian la dependencia física, entre los cuales se encuentran el género, los recursos sociales, el nivel educativo, los hábitos o estilos de vida, la soledad, los sentimientos de temor y el miedo; y a su vez presentan mayor propensión a la depresión entre otros trastornos afectivos, sobre toda aquellas personas que tienen disminución en su funcionalidad física (Figura 5)

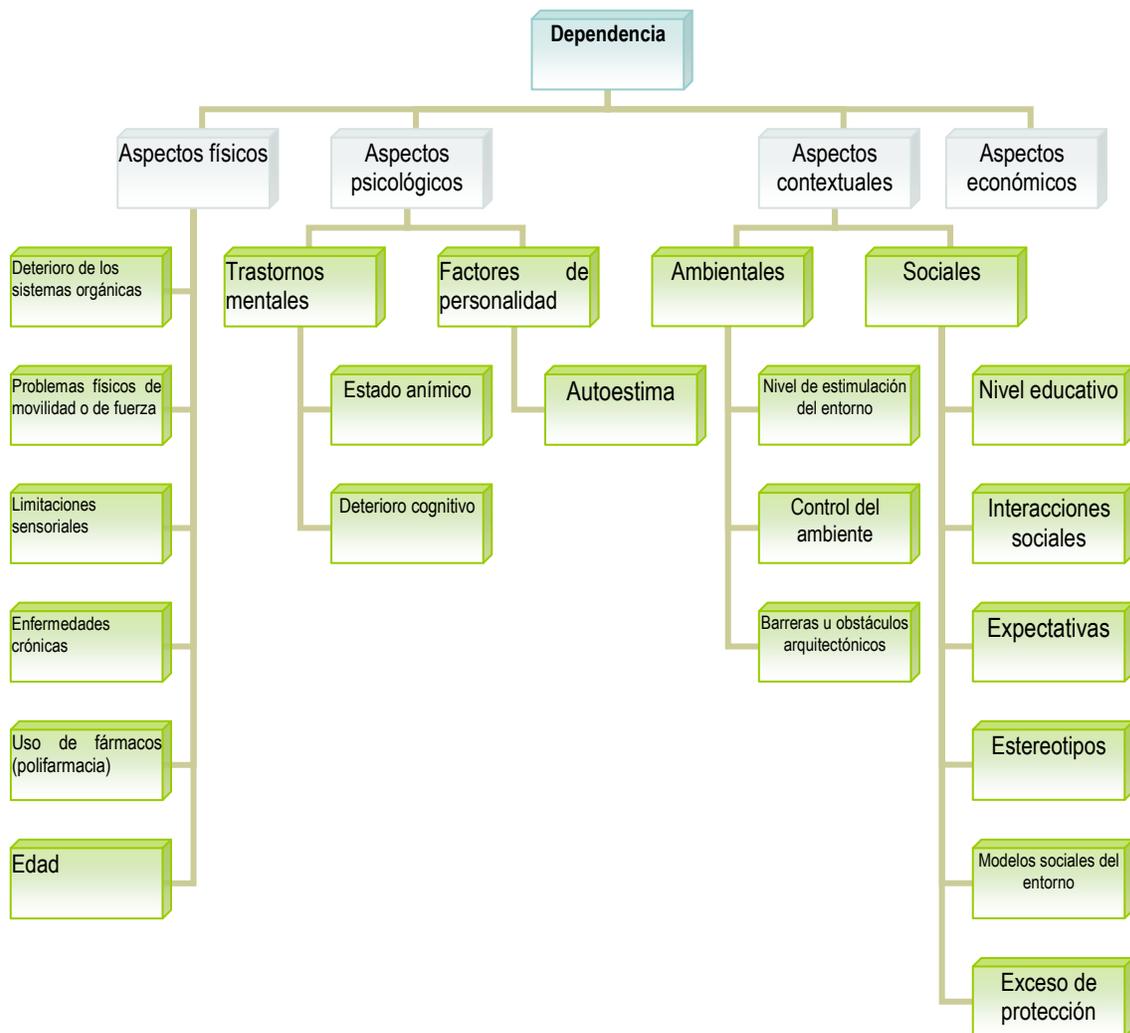


Figura 5. Aspectos que influyen para que se presente dependencia.



Ahora bien para lograr una mejor funcionalidad, disminuyendo y evitando la dependencia se tiene que tomar en cuenta acciones que le permitan al adulto mayor mejorar sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, impulsando el envejecimiento saludable en todos los aspectos físico, psicológico y social, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

Las acciones encaminadas a tal efecto contemplan actividades que promuevan el ejercicio físico acorde al estado de salud y a su estilo de vida, actividades que apoyen el desarrollo cognitivo y ejercicio de las funciones mentales, mejorando así el pronóstico funcional. Otras actividades que contribuyen a que no se presente un declive funcional son los buenos hábitos alimentarios, que permita el normal desarrollo de sus potencialidades, la realización de actividades significativas en qué desempeñar el tiempo libre y las relaciones que se mantienen con otros intercambiando diferentes tipos de apoyo, mejorando indirectamente su autoestima y autopercebiendo de mejor manera su estado de salud, bajo el marco del envejecimiento activo y las acciones de autocuidado, ayuda-mutua y autogestión (Figura 6).

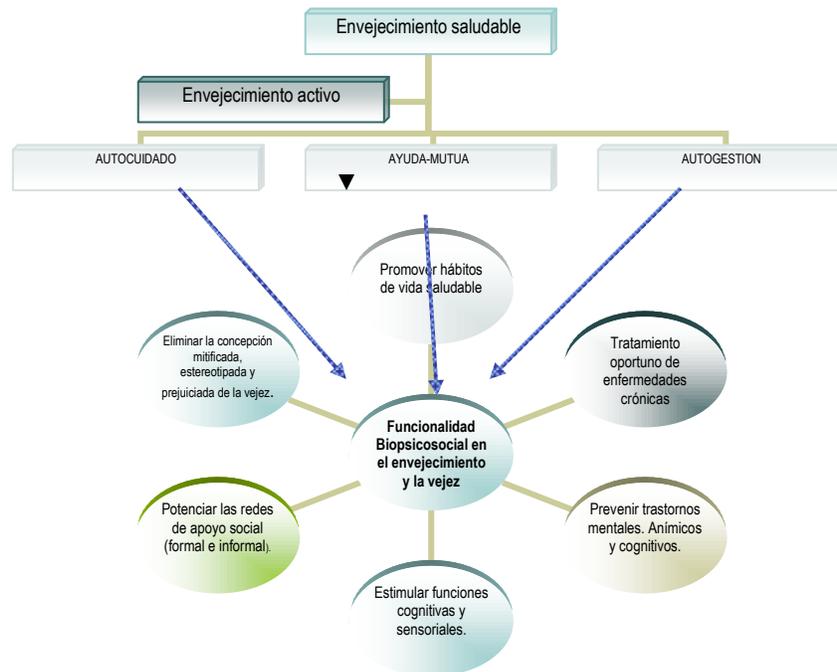


Figura 6. Acciones para una adecuada funcionalidad biopsicosocial.



En este sentido, los apoyos sociales son de suma importancia, ya sea de familiares, de la comunidad o de las instituciones, por la necesidad del ser humano de recibir ayuda y de sentirse respaldado, de sentirse apoyado, querido, son necesidades universales y se encuentran presentes en cualquier edad de la vida. Sin embargo, estas percepciones cobran mayor relevancia al final de la vida, en algunos casos porque se presenta mayor abandono, posiblemente porque se asume que se carece de recursos necesarios para hacerle frente a las limitaciones funcionales. Por su parte la pérdida del rol familiar y lazos afectivos aumenta el riesgo de aislamiento y depresión (Gómez et al., 2005).

Los vínculos familiares pueden proporcionar apoyos sociales eficaces para los adultos mayores, que a su vez, pueden traducirse en efectos positivos hacia la salud, la longevidad y la capacidad para relacionarse. Asimismo, el que una persona adulta mayor cuente con su pareja, contribuye en la estabilidad emocional y en su salud biopsicosocial. El contar con hijos ayuda a un intercambio intergeneracional y éstos se convierten, en muchos de los casos, en punto de referencia para prestar apoyos a los padres (Gómez et al., 2005; León et al., 2003).

Por otro lado, contar con amistades, compartir y realizar actividades que tengan en común constituye una valiosa oportunidad para desarrollar formas de ayuda mutua, a través de esas relaciones o de grupos específicos. De igual forma el hecho de mantener contacto con el entorno comunitario, proporciona a la persona adulta mayor ayuda para conservar sus capacidades funcionales (físicas, mentales y sociales), así como para mantener relaciones afectivas positivas (Montes de Oca, 2002).

Ahora bien, el mantener activas las redes de apoyo social con instituciones de seguridad social y de salud, es muy importante ya que pueden proporcionar



ayuda, orientación e información acerca del estado de salud físico, mental, social y económico. Tiene un enorme valor para el bienestar de la persona adulta mayor.

En este sentido existen investigaciones que reportan que las personas que cuentan con apoyo social extenso y eficaz, influye positivamente en el desarrollo evolutivo del estado de salud y en la longevidad de las personas. Al respecto, se ha demostrado que las personas que cuentan con menores redes de apoyo presentan mayor tasa de incidencia para presentar demencias, sobre todo en personas que viven solas, solteras o no tenían contactos cercanos, en cambio las personas que contaban con mayor apoyo social presentaban menor incidencia a este tipo de enfermedad o a alteraciones cognitivas (Clemente, 2003).

La pérdida de la autonomía funcional conlleva una serie de consecuencias, entre las que destacan la disminución de la autoestima y la percepción de autoeficacia, del autoconcepto y del bienestar subjetivo, repercutiendo además en su entorno (generalmente sobre la familia, presentando también dichos efectos) (Yanguas, 2004). Además la cantidad de las relaciones sociales tiene un repercusión importante en la autoestima durante la vejez, asimismo tiene una función amortiguadora ante las pérdidas (Díaz-Veiga, 1985).

Por lo que a continuación se describe información respecto a la autoestima, que es otra de las variables que se maneja en el presente estudio.



3.3. Autoestima durante la vejez.

El “concepto de sí mismo” es una pieza fundamental que posibilita a la persona ser competente en el mundo social, afrontarse a los cambios en el ciclo vital, debido a que organiza y dirige otros fenómenos psicológicos y sociales, y a través de ello se puede entender parte de la conducta de las personas (Fernández-Ballesteros, 2000). El concepto de sí mismo, ha sido considerado de suma importancia, y podría ayudar a entender el grado de satisfacción e insatisfacción de las personas. Así las personas que poseen un concepto negativo de sí mismos son aquellas personas que tienen cierta insatisfacción de la vida, por el contrario, las personas que tienen un concepto positivo es probable que opinen estar satisfechas (Von Hahn, 1977).

Cabe señalar que se han empleado diversos conceptos para referirse a un mismo fenómeno: sí mismo, estima de sí, autoestima, autoimagen, autoconcepto. Sin embargo, algunos autores manejan la idea de que el concepto de si mismo está compuesto por el autoconcepto y autoestima. Ahora bien, la autoestima como tal se encarga de la agrupación de las valoraciones o juicios afectivos sobre uno mismo involucra un componente afectivo de la identidad (Fernández-Ballesteros, 2000).

Existen diversas definiciones de dicho concepto, una de ellas considera que:

“es la percepción valorativa que tiene un individuo de su ser, manera de ser, de quién es, de sus rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad” (Romero, Casas y Carbelo, 1996).

Otra, la enmarca en:



“la manera en la cual uno mismo se valora, se respeta, se aprueba o se gusta a sí mismo, siendo una elaboración afectiva el valor o la importancia que uno se asigna, realizando una comparación entre su ser actual y su ser ideal, es decir, es una imagen mental que se tiene de uno mismo” (Blascovich y Tomaka, 1991).

También se dice, que:

“es un conjunto de percepciones, de imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre uno mismo que incide en la manera de ser, de estar, de actuar y de relacionarse (es la forma en que cada persona se percibe y se valora a sí misma) (Herrera et al., 2004).

“es un juicio personal sobre la dignidad de uno mismo, expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo, y también es la extensión en que una persona cree ser capaz, exitosa, significativa y digna” (La Rosa, 1986).

A partir de las definiciones enunciadas se puede ver que la autoestima está conformada por actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. Y al hablar de actitudes se incluyen afectos y sentimientos; y no sólo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Éstas actitudes se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivo-emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad. Por eso también, un adecuado nivel de autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer frente a contrariedades importantes de la vida; no decaerá su estado anímico fácilmente. (Roche, 1997; Marías, 1994).

Por otro lado, la autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí. Uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal. El



otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo. La eficacia personal significa confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad para pensar, para aprender, elegir y tomar decisiones; confianza en la capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de los intereses y necesidades; en creer en uno mismo; en la confianza de sí mismo (Branden, 1998).

Ahora bien, el que las personas tengan esa confianza para validad de forma apropiada los pensamientos, deseos y necesidades contribuye para que presenten una adecuada autoestima, impactando a su vez en la sensación de alegría, felicidad y satisfacción de las personas (Branden, 1998)

Sin embargo en la vejez existen cambios que pueden ocasionar que dicha etapa sea difícil para muchas personas, existiendo una notable heterogeneidad entre las personas y en los estilos de adaptación para los cambios que se presentan en el proceso de envejecimiento (Lehr y Thomae, 1987; Schulz, 1980).

Los cambios que existen en diferentes ámbitos (familiar, laboral, social, emocional, físico) en periodos relativamente cortos, propician u ocasionan un desequilibrio en niveles de autoestima (generalmente desminuidos) en las personas adultas mayores, otros factores que influyen en el nivel de autoestima son una autocrítica y autoevaluación distorsionadas y el fijarse metas imposibles (Buendía, el al., 19991).

Ahora bien, el hecho de contar con una autoestima elevada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potencian la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumenta el nivel de seguridad personal (Romero, 1996).

Por otro lado, una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien,



sentimientos, en los que se basa la autoestima. Por lo tanto no puede haber autoestima positiva o elevada si el individuo percibe que los demás prescindan de él, aspecto muchas veces repetido en las sociedades hacia los(as) viejos(as).

Al llegar a la vejez las cosas cambian, la presencia de las personas adultas mayores “ya no es necesaria”, porque “ya no pueden aportar nada”. Por lo que el adulto mayor puede sentirse desconcertado ante dos experiencias de vector contrario: por un lado él se siente bien y con ganas de trabajar, pero por otro lado la sociedad le dice que ya no lo necesita. Ello repercute en la autoestima, debido a que como ya se mencionó, una de las bases importantes para alimentarla se encuentra en el sentimiento de pertenencia (Marías, 1994).

Si a una persona que se siente bien, saludable y con fuerzas, le decimos que ya no nos hace falta, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima al hacerle ver que el grupo puede prescindir de ella, que su pertenencia al "nosotros" ya no es tan evidente. Es como decirle que el aprecio que sentíamos por él/ella estaba en función de los aportes y utilidad (Marías, 1994).

El hombre o mujer, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad en donde las características que definen a la vejez están circunscritas a elementos físicos (debilidad, deterioro, enfermedad, lentitud, pérdidas, etc.), y a la marginación social (probable jubilación o retiro, en el mejor de los casos o simplemente aislamiento, rechazo), es probable que se sienta(n) a sí mismo(s) como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él. A nivel familiar, que es el lugar donde podría sentirse tomado en cuenta, la nueva familia nuclear conformada, puede generar en el viejo (abuelo) sentimientos y percepciones de que su presencia en ese espacio no es necesaria. Por lo que muchas personas en esta etapa sufren disminución en su autoestima, enfocándolos hacia la derrota, fracaso y dependencia.



La visión negativa de la vejez, puede contribuir a que las personas asuman ese papel, se comporten y actúen como personas frágiles, abandonadas y dependientes, influyendo en la valoración que hagan de su persona, por lo tanto en su autoestima. De igual forma el que una persona presente disminución en alguna esfera de la funcionalidad biopsicosocial, es decir, en su autonomía e independencia para realizar actividades de la vida diaria, repercute en su autoestima. Al respecto, se ha observado que la participación activa de las personas viejas en diferentes ámbitos aumenta su independencia, los niveles de autoestima y mejora el bienestar subjetivo (Cardona et al., 2002)

Referente al bienestar con las condiciones de vida, la satisfacción que las personas experimentan tanto de sus capacidades como del entorno, representan elementos fundamentales para conseguir un envejecimiento saludable, no solo enfocándose en el estado de salud física, sino que también es importante disponer de información de aspectos psicológicos y sociales (Catellón et al., 2004). Dicho bienestar se enmarca en el tema de calidad de vida que a continuación se describe.

3.3. Calidad de vida en la vejez.

La calidad de vida, es un concepto holístico, es decir, incluye todos los aspectos



de la vida que están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, esto repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales, existiendo por tanto interdependencia entre ellos.

Cabe señalar que la calidad de vida es un concepto que no tiene un consenso en cuanto a su definición, debido a que es definida y utilizada en diferentes ámbitos.

La expresión “calidad de vida” empieza a utilizarse en debates públicos referentes al medio ambiente y a las condiciones de la vida urbana, durante la década de los 50 y 60, despierta gran interés por conocer el bienestar humano y las consecuencias o el impacto de la industrialización en la sociedad, por ello surge la necesidad de contar con indicadores para hacer mediciones objetivas. Desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales y estadísticos que permitieron medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución, haciendo, en un primer momento, referencia a las condiciones objetivas, de tipo económico y social, y en un segundo momento contempla elementos subjetivos (Montes, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la calidad de vida, como un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Barranco, 2007).

Velarde-Jurado (2002) señala que cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.

En los últimos 10 años las investigaciones de calidad de vida, han ido aumentando



progresivamente en diferentes campos tanto profesionales como científicos y se han centrado en aspectos de diagnóstico, tratamiento y calidad de atención. Ejemplo de ello, es en las ciencias de la salud, en donde el concepto es empleado como un modo para referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una determinada enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento o intervención, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social, y se enfoca fundamentalmente en la mejora de la calidad de vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, SIDA, asma y esclerosis múltiple, entre otras (Montes, 2006).

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. También, se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida (Montes, 2006).

Por otro lado, los estudios sobre vejez y calidad de vida han prestado especial atención en investigar la influencia de tratamientos en enfermedades crónico degenerativas y de otros factores como la hospitalización prolongada, en los niveles de calidad de vida (Montes, 2006).

Desde la óptica de la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud, la calidad de vida denota la forma de responder del individuo ante las situaciones cotidianas. Y al verse afectada, repercute en el trabajo, autonomía, relaciones sociales ocio, etc. (Moreno & Ximénez, 1996).

Es importante mencionar que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidades, varía de persona a persona. Así tendremos que dos personas con “aparentemente” el mismo estado de salud tendrán percepciones distintas de su calidad de vida



(Velarde-Jurado, 2002).

Ahora bien, cuando una persona adulta mayor no está sana desde el punto de vista gerontológico, las limitaciones que presenta son indicadores importantes para determinar los niveles de calidad de vida (Barrantes-Monge et al., 2007).

La salud en cada una de las esferas que componen al individuo es un elemento fundamental para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida o disminución altera el funcionamiento cotidiano de quien presenta dicha situación, y que compromete su calidad de vida (Moreno & Ximénez, 1996).

3.3.1. Enfoques teóricos de calidad de vida.

Existen diferentes enfoque teóricos que hacen referencia a la calidad de vida, entre ellos está la considerada por Diener (1984), quien ha destacado los aspectos subjetivos y personales, como es la cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos. La teoría de arriba-abajo y abajo-arriba, considera que la persona reflexiona sobre las situaciones satisfactorias e insatisfactorias de acuerdo a su situación. Por lo que no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta.

La teoría teleológica o finalista, reconoce el bienestar subjetivo al cumplir (establecer con antelación) las metas propuestas, toma en cuenta que no todas las metas producirán bienestar, la acción de la propia persona (capacidades) y posibilidades de alcanzar dicha meta además de la valoración de la sociedad (retoma el contexto y la cultura), posibilitando que el planear el futuro, reduce la ansiedad que conlleva el mismo y mejorar la calidad de vida y con ello bienestar.

Existe un tercer enfoque que es el de las teorías cognitivas, en donde las personas realizan comparaciones con la sociedad (con otras personas o grupos). En cuanto a la subjetividad se plantea que la persona realiza una elaboración de



acuerdo a cómo construye el mundo, de acuerdo a la imagen que tenga de sí misma va a compararse con realidades “mejores” o “peores”, dependiendo de su propia concepción de la realidad, de su vida personal, de sus vivencias, etc. Y a partir de dicha comparación la persona considerará el propio bienestar subjetivo o calidad de vida. Sin embargo, una limitante de dicha teoría es que si las personas con las cuales realiza la comparación no poseen o no se encuentran bien, imposibilita a quien realiza la comparación, para lograr un bienestar subjetivo.

El enfoque multidimensional hace referencia a que el concepto incluye factores subjetivos y objetivos. Ello implica que habrá que contemplar factores tanto personales (salud, autonomía, satisfacción que ésta experimenta y otros), como socioambientales o condiciones de vida (redes de apoyo, servicios sociales y otros) (National Research Council, 2001; Polomba, 2002).

Como se ha mencionado anteriormente la calidad de vida es multifactorial que puede verse influida por la situación que presente una persona ante condiciones internas y externas.

Ahora bien, debido a que la esfera física, la situación psicológica y social se interrelacionan, se parte del supuesto que la autoestima y la percepción de calidad de vida de las personas viejas se influirán en dicha funcionalidad biopsicosocial.



4. PROPÓSITO

Se realizó una valoración integral de la funcionalidad física mental y social, con el fin de determinar su relación con la autoestima y la percepción de calidad de vida durante la vejez (Fig. 1). Además, se tomaron en cuenta otras variables contribuyentes. Y que de esta manera, se pudiera generar conocimiento de los temas de funcionalidad biopsicosocial, calidad de vida y autoestima retomando en las valoraciones aspectos objetivos y subjetivos, del estado físico, mental y social.



FIGURA 1. ESQUEMA DE LA RELACIÓN DE VARIABLES PARA EL PRESENTE ESTUDIO.

La evaluación ha permitido conocer aspectos que presenta esta población; en tres niveles físico, mental y social, además de incluir el concepto de autoestima, el cual resulta relevante debido a que la investigación e información que existe es poca relacionada con el tema de vejez.

Para así, proporcionar herramientas a personas interesadas en esta área, poco conocida y difundida, que contribuya a la concientización (o mínimamente sensibilización) de la situación envejeciente del país y de la atención para las personas adultas mayores.



5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La funcionalidad biopsicosocial es un aspecto que en la etapa de la vejez puede verse disminuido por un desgaste a nivel físico o biológico, por alguna afectación en la esfera psicológico o social, necesitando con ello de ayuda para un adecuado desempeño e interacción en diferentes ámbitos de la vida cotidiana. Ahondar en su estudio puede indicar acciones preventivas a tomarse (por parte de los mismos adultos mayores y del personal de salud), para evitar, disminuir la demanda futura de asistencia sanitaria y de servicios sociales.

Además, el presente estudio se debe a una escasa información referente a la percepción de calidad de vida y autoestima relacionadas con la funcionalidad biopsicosocial (física, mental y social) en la vejez, lo que motivan a realizar esta investigación, y responder la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad biopsicosocial con la autoestima y la percepción de la calidad de vida en una población de adultos mayores?



6. HIPÓTESIS

Tomando en cuenta las evidencias científicas respecto a la relación de la funcionalidad física, mental y social con la autoestima y la percepción de calidad de vida, se parte del supuesto que los adultos mayores con mayor funcionalidad bio-psico-social (física mental y social) percibirán mejor autoestima y calidad de vida.

Considerando los estudios sobre la funcionalidad y calidad de vida durante la vejez, suponemos que la funcionalidad física es la que más influye en la autoestima y percepción de la calidad de vida.



7. OBJETIVOS

General:

- ❑ Determinar la relación de la funcionalidad bio-psico-social con la autoestima y la percepción de calidad de vida en una población de adultos mayores de la ciudad de México.

Específicos:

- ❑ Evaluar el nivel de funcionalidad física de las personas adultas mayores.
- ❑ Evaluar el aspecto cognitivo y afectivo de las personas adultas mayores.
- ❑ Evaluar aspectos de apoyo social de las personas adultas mayores.
- ❑ Evaluar el nivel de autoestima de las personas adultas mayores.
- ❑ Evaluar la calidad de vida que perciben las personas adultas mayores.
- ❑ Determinar el área de funcionalidad (física, mental y social) con mayor influencia en la percepción de calidad de vida en una población de adultos mayores de la ciudad de México.



8. MÉTODO

8.1. Tipo de estudio y población de estudio:

Se llevó a cabo un estudio observacional, prolectivo¹, transversal de tipo comparativo², con una muestra no probabilística por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 218 personas mayores de 60 años (71 ± 7.5), de las cuales 38 (17%) fueron hombres y 180 (83 %) mujeres; del área metropolitana, sin deterioro cognitivo severo. Posteriormente, se realizó una estratificación por edad, en dos grupos: viejos-jóvenes (de 60 a 74 años) y viejos-viejos (de 75 años a 84 años), para realizar un análisis diferenciado por grupo de edad.

8.2. Variables de estudio.

<i>Variables independientes:</i>	<i>Variable dependiente:</i>	<i>Variables contribuyentes:</i>
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Funcionalidad física.<input type="checkbox"/> Funcionalidad mental: aspecto cognitivo y aspecto afectivo<input type="checkbox"/> Funcionalidad social.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Calidad de vida.<input type="checkbox"/> Autoestima.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Edad.<input type="checkbox"/> Género.<input type="checkbox"/> Escolaridad.<input type="checkbox"/> Estado civil.<input type="checkbox"/> Ocupación.<input type="checkbox"/> Pluripatología.<input type="checkbox"/> Polifarmacia.

¹ El término hace referencia al período en el cual se capta la información, es decir, que la información necesaria para el estudio se planea y se obtiene durante el desarrollo de la investigación. Haciendo con ello una diferenciación con los diseños de cohortes (Mendoza et al., 2004).

² En el caso de que el estudio sea de tipo comparativo o analítico, se pretende comparar las variables de dos o más poblaciones.



Definición de Variables:

Variable	Definición conceptual	Nivel de medición	Categoría de medición
<i>Funcionalidad Física:</i>	Capacidad de la persona de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	Cualitativa nominal.	Dependiente e Independiente.
<i>Funcionalidad Mental:</i>	1. Nivel de deterioro de las funciones mentales superiores, tales como: memoria, lenguaje, orientación, cálculo y atención.	Cualitativa ordinal.	Normal. Deterioro leve. Déficit severo.
<i>1. Aspecto cognitivo.</i>			
<i>2. Aspecto afectivo.</i>	2. Conjunto de sentimiento que el individuo experimenta referente a su estado anímico.	Cualitativa nominal.	Normal. Depresión.
<i>Funcionalidad Social:</i>	Conjunto de redes de apoyo familiar, sociales formales e informales, considerando el tipo de apoyo recibido y percepción de satisfacción por dicho apoyo.	Cuantitativa continua.	Porcentajes de: frecuencia de apoyo, nivel de apoyo recibido y nivel de satisfacción con el apoyo recibido
<i>Autoestima:</i>	Conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo.	Cualitativa ordinal.	Baja autoestima. Autoestima media. Alta autoestima.
<i>Calidad de vida:</i>	Término multidimensional, objetivo y subjetivo que refiere el grado de satisfacción y bienestar en la vida del sujeto.	Cualitativa ordinal.	Baja Promedio Alta



Variable	Definición conceptual	Nivel de medición	Categoría de medición
<i>Edad:</i>	Tiempo de vida que refiere el individuo en el momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta.	Años cumplidos
<i>Sexo:</i>	Características fenotípicas del individuo.	Cualitativa nominal.	Hombre y Mujer
<i>Escolaridad:</i>	Nivel de instrucción formal.	Cualitativa ordinal.	Sin instrucción. Primaria. Secundaria. Bachillerato. o Carrera técnica. Licenciatura o profesional.
<i>Estado civil:</i>	Condición social que refiere el individuo al vivir en pareja.	Cualitativa nominal.	Soltero(a). Casado(a). Viudo(a). Separado(a). Divorciado(a). Unión libre.
<i>Ocupación:</i>	Condición social y/o laboral que refiere el individuo.	Cualitativa nominal.	No labora. Labora.
<i>Polipatología:</i>	Presencia simultánea de varias enfermedades o padecimientos.	Cuantitativa discreta.	Número de enfermedades diagnosticadas médicamente.
<i>Polifarmacia:</i>	Ingesta de más de tres medicamentos en forma crónica (por más de un mes).	Cuantitativa discreta.	Número de medicamentos ingeridos (3 o más)



8.3. Técnicas e instrumentos:

A las personas que participaron en el estudio, se les informó de manera grupal el objetivo del estudio, tanto a las personas adultas mayores como a las coordinadoras de los grupos, antes de realizar las evaluaciones. Después, y contando con el consentimiento para llevar a cabo la evaluación, se realizó la Evaluación Gerontológica Integral (EGI) a cada persona de manera individual, siguiendo los lineamientos de aplicación de cada prueba (Arronte et al., 2007), el tiempo estimado para la aplicación del total de los mismos, fue de 40 a 60 minutos por persona.

Es importante mencionar que se contó con un grupo de personas capacitadas en la aplicación de la Evaluación Gerontológica Integral quienes apoyaron en la aplicación, con el fin de que fuera personalizada la aplicación y no afectara tanto a la persona que se le aplicaron las pruebas como al evaluador(a), por el tiempo requerido para la aplicación.

El orden de la aplicación de los instrumentos fue:

1. Ficha de identificación.
2. Miniexamen cognoscitivo de Folstein.
3. Índice de Katz Modificado.
4. Cuestionario para evaluar la funcionalidad física en comunidad de Nagi.
5. Escala de Lawton y Brody Modificado.
6. Escala geriátrica de depresión (GDS).
7. Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (IRASAM).
8. Inventario de Coopersmith (versión para adultos).
9. Instrumento WHOQOL-Breve Versión en Español.



Para su calificación se consideraron los parámetros de cada instrumento. La información general de cada instrumento se presenta a continuación.

- Ficha de identificación: Permitió conocer los datos generales del adulto mayor tales como: nombre, edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación y dirección, enfermedades que le han sido diagnosticadas por su médico tratante y medicamentos que ingiere.

Para evaluar Funcionalidad Física:

- Índice de Katz Modificado: Mide las ABVD (actividades básicas de la vida diaria), mediante seis posibles categorías de dependencia. Es adecuado para medir los grados de dependencia en personas mayores. (Branch, Kniepmann, & Papsidero, 1984).
- Escala de Lawton y Brody Modificado: Mide las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria): en 10 apartados diferentes con sus subapartados correspondientes de amplio uso y mide los primeros grados significativos del deterioro funcional. (Lawton & Brody, 1969).
- Cuestionario para evaluar la funcionalidad física en comunidad de Nagi: Este instrumento evalúa la capacidad funcional física que tiene el adulto mayor, que cubre en forma satisfactoria todas las actividades de la vida diaria de Katz. Se evalúan capacidades físicas, tales como levantar objetos menores y mayores de 5 kg, mover grandes objetos, extender los brazos por arriba y por debajo de los hombros, mantenerse sentado por más de una hora, encorvarse, agacharse y arrodillarse. (Nagi, 1976).



Para evaluar funcionalidad mental:

- Miniexamen cognoscitivo de Folstein: Es un instrumento de apoyo diagnóstico que evalúa deterioro cognitivo, su punto de corte normal/déficit cognitivo es de 24/23 y el punto de corte óptimo es de 21. Consta de 10 reactivos que valoran orientación temporoespacial, memoria inmediata y diferida, atención y cálculo, lenguaje y capacidad visoconstructiva. Si se obtiene una puntuación de 24-30 = Normal, ≤ 23 = Deterioro Leve y ≤ 17 = deterioro grave (Fundación Mexicana para la Salud, 1996).
- Escala geriátrica de depresión (GDS): Es una escala de escrutinio y autoaplicación para detectar posibles síntomas de depresión en los adultos mayores. Consta de 30 ítems a contestar SI o NO. Si puntúa 0-10 = Normal o igual o mayor de 11 = Depresión (Hoyl et al., 1999).

Para evaluar funcionalidad social:

- Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores. Se utiliza para conocer el tipo de apoyo con el cuál cuenta la persona ya sea emocional, instrumental, material y/o cognitivo, de las redes de apoyo formales e informales, además permite conocer el grado de satisfacción de la persona respecto a dichos apoyos. Con el instrumento se obtiene un puntaje global de las redes de apoyo social, así como por apartados: apoyo recibido de la esfera familiar, extrafamiliar e institucional, frecuencia de contacto social, nivel de apoyo recibido y satisfacción del apoyo recibido. Se establecieron puntos de corte del puntaje que se obtuvo del instrumento, utilizando para ello los cuartiles de puntaje máximo-mínimo y la mediana, que fueron acordes con la población estudiada, para establecer las siguientes categorías: bajo (igual o inferior al primer cuartil), moderado (por encima del primer cuartil y abajo del tercer cuartil) y alto (igual o superior al tercer cuartil) nivel de RAS y poder llevar a cabo otros análisis estadísticos.



Para evaluar autoestima:

- Inventario de Coopersmith: Es un instrumento utilizado desde la década de los sesentas, estandarizado, validado en el idioma español. Es un auto-reporte con 25 preguntas cerradas, dicotómicas (dos alternativas de respuesta) que miden la autoestima. (Coopersmith, 1967).

Para evaluar calidad de vida:

- Instrumento WHOQOL-Breve Versión en Español: Instrumento que mide calidad de vida, integrado por cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, medio ambiente y relaciones sociales; además, cuenta con ítem para medir calidad de vida en general y otro para medir percepción del estado de salud física. (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2001).



9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 12,0 (SPSS Inc. Michigan, IL, USA). Como medidas descriptivas se obtuvieron los promedios \pm desviación estándar (DE); se empleo la prueba t-Student para establecer diferencias de medias, el grado de relación entre calidad de vida-autoestima y calidad de vida-detección de síntomas depresivos se analizó con el coeficiente de correlación de Pearson (r), para ambas pruebas se consideró una significancia estadística con un valor de $p < 0,05$. Para corroborar dicha relación se llevó a cabo una regresión lineal. Además de ello se realizó un análisis para determinar factores de riesgo tanto para autoestima como para calidad de vida con razón de momios.



10.RESULTADOS

Características de la población estudiada.

El 17% (38) de la población de estudio eran del sexo masculino y el 83% (180) del sexo femenino. En cuanto a los grupos de edad 71% (154) eran de 60 a 74 años y el 29% (64) de 75 y más años. Referente al estado civil el 47% (103) eran viudos, 36% (79) casados y 8% (17) solteros. El 17% de la población tiene estudios de bachillerato o equivalente, el 58% tiene estudios de primaria (completa o incompleta) y el 16% no tiene ninguna escolaridad. El 19% (40) reportó actividades laborales remuneradas y el 81% (177) comentó que no laboraba (Cuadro 1).

El 78% (170) reportó tener alguna enfermedad crónica diagnosticada médicamente, de los cuales el 1% (3) tenía polipatología, referente a la ingesta de medicamentos el 78% (171) los ingería, de los cuales el 30% (64) tenía polifarmacia.

Por otro lado, del total de la muestra el 92% (201) es totalmente independiente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el 56% (122) en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Así mismo, el 35% mostró una capacidad física completa para la independencia (prueba de Nagi). El 22% (48) de la población de estudio fue detectado con deterioro cognitivo leve, evaluado con el miniexamen mental de Folstein. El 39% (85) de la población fue detectada con trastornos depresivos a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. El 49% (108) de las personas presentaron un nivel alto de calidad de vida y el 75% (164) de las personas mayores tenían niveles altos de autoestima. De las redes de apoyo social el 3% (7) reportó un nivel alto, el 58% (126) un nivel promedio y 39% (85) un nivel bajo.



Funcionalidad física.

Del 8% (18) de la población con dificultades para las ABVD, las que se reportaron con más frecuencia fueron: dificultad para el arreglo personal 6% (14), para vestirse 2% (4) y para desplazarse 1% (3).

Las personas que presentaron independencia en las ABVD, el 98% (108) correspondió al grupo de 60-69 años de edad, el 89% (68) al grupo de edad de 70-79 años y 75% (24) al grupo de edad de 80 años o más.

De las AIVD, el 24% (52) no es capaz de manejar dinero y el 7% (7) no puede preparar sus alimentos. De acuerdo al sexo, las actividades que menor frecuencia de independencia de las AIVD el 79% (142) de las mujeres presentaron independencia en quehaceres del hogar y en manejo del dinero un 76% (137), de los hombres el 68% (26) reporto ser independiente en la preparación de alimentos, 76% (29) en el manejo del dinero y un 79% (30) en la toma de medicamentos (Cuadro 2 y 3).

Por otro lado, respecto a las capacidades físicas, el 31% (68) de la población tiene dificultad para encorvarse, agacharse y arrodillarse, el 26% (57) no puede levantar objetos grandes y el 21% (45) no puede cargar objetos de peso mayor de 5 kg, el 7% (15) para extender los brazos por debajo de los hombros, el 5% (12) tiene dificultad para tomar objetos pequeños (Cuadro 4). Se encontró que las capacidades que presentaron menor frecuencia sin dificultad fueron: encorvarse, agacharse y arrodillarse 54% (97), mover objetos grandes 55% (99) y levantar objetos mayores de 5 Kg; además el 28% (51) no mueve objetos grandes. En cuanto a los hombres se observó que el 63% (24) se encorva, se agacha y se arrodilla sin dificultad, 74% (28) mueve objetos grandes, 76% (29) levanta objetos mayores de 5 Kg, y 79% (30) puede permanecer parado por más de una hora, pero el 21% (8) no se encorva, agacha, ni se arrodilla (Cuadro 5).



Funcionalidad biopsicosocial y calidad de vida.

El 51% (102) de las personas independientes en las ABVD, el 55% (67) de las independientes en las AIVD y el 61% (46) con capacidades físicas suficientes para la independencia tuvieron un nivel alto de CV. Respecto a la funcionalidad cognitiva el 51% (86) de las personas sin deterioro cognitivo reportó un alto nivel de calidad de vida, el 67% (90) de las personas que tenían un estado anímico normal también reportaron un nivel alto de CV. Además se encontró que un 67% (4) de las personas que tenían niveles altos de redes de apoyo social mostraron un nivel alto de calidad de vida, así mismo, el grupo de edad de 75 años y más reportó un porcentaje significativamente más alto ($p < 0.05$) de un nivel alto de calidad de vida que el grupo de personas de 60-74 años (Cuadro 6).

Funcionalidad biopsicosocial y autoestima.

El 79% (153) de las personas independientes en las ABVD, el 84% (99) de las personas independientes en las AIVD y el 82% (60) con capacidades físicas suficientes para la independencia tuvieron un nivel alto de autoestima, además se encontró que el 78% (127) de las personas con funcionalidad cognitiva normal presentaron niveles altos de autoestima, el 92% de las personas no deprimidas reportaron un nivel de autoestima alto, de igual forma el 100% (6) de las personas con un nivel de RAS alto presentaron nivel alto de autoestima, asimismo se observó un porcentaje significativamente más alto ($p < 0.05$) de alta autoestima en el grupo de personas de 75 años (Cuadro 7).

Variables intervinientes de acuerdo a la funcionalidad biopsicosocial.

De acuerdo al sexo el 29% (53) de las mujeres son independientes en las capacidades físicas aumentando este porcentaje en hombres hasta un 61% (23); al considerar el estado civil se encontró que el porcentaje de personas solteras



con un nivel bajo de RAS fue de 71% (12), el de personas casadas fue de 73% (53) en el nivel moderado de RAS; 88% (15) de las personas solteras, 80% (4) divorciadas y el 75% (3) de personas en unión libre presentaron un estado afectivo normal. El 67% (24) de las personas que no tienen ninguna escolaridad tienen un nivel moderado de RAS coincidiendo con las personas que tienen escolaridad de bachillerato 67% (25) (Cuadro 8).

El 60% de las personas con bachillerato reportaron niveles altos de CV y el 75% de las personas con licenciatura presentaron de igual forma una percepción alta de CV. Así mismo el 58% de las personas que no tienen enfermedad diagnosticada y el 64% de las personas que no ingieren medicamentos presentaron alta CV (Cuadro 9).

El 86% de los hombres tiene una alta autoestima, además 82, 81 y 80% de las personas que no tienen pareja (solteras, viudas y divorciadas, respectivamente) son aquellas quines reportan un nivel alto de autoestima, el 94% de las personas que estudiaron bachillerato, el 100% de las que estudiaron una licenciatura, el 82% de las personas que laboran, y el 82% de las personas que no tienen enfermedad diagnosticada tuvieron una autoestima alta (Cuadro 10).

10.6. Diferencias encontradas de acuerdo a la funcionalidad biopsicosocial.

Las personas que son independientes para realizar AIVD obtuvieron un puntaje en la funcionalidad cognitiva significativamente mayor (27 ± 3) en comparación con las personas dependientes (25 ± 3), se observó además que el puntaje de las personas independientes en CV fue mayor (96 ± 15) en comparación con las personas que son dependientes (91 ± 15), de igual forma en autoestima el puntaje fue mayor en personas independientes (72 ± 19) que las dependientes 61 ± 20 , asimismo el puntaje global de RAS fue mayor en personas independientes (46 ± 16) en comparación con las dependientes (41 ± 16). Referente al puntaje de detección de depresión las personas independientes refirieron un menor puntaje (8



± 6) en comparación con las personas que eran dependientes (11 ± 6), todas esas diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) [Cuadro 11].

De acuerdo al análisis con t-Student se encontró que los puntajes fueron mayores en las personas que reportaron ser independientes para realizar actividades físicas en los valores de funcionalidad cognitiva (27 ± 2), calidad de vida (98 ± 14), autoestima (71 ± 18), en RAS (45 ± 15) y menores en detección de depresión (8 ± 6) en comparación con las personas dependientes siendo estas diferencias significativas ($p < 0.05$) [Cuadro 12].

El grupo edad de 60-74 años obtuvo un puntaje en funcionalidad cognitiva (Mini-Mental) significativamente mayor (27 ± 3) en comparación con los de 75 años o más (25 ± 3.43); se observó además que el segundo grupo de 75 años o más obtuvo un puntaje mayor en la percepción de calidad de vida global (98 ± 14.98) a diferencia del grupo de 60-74 años (92 ± 15.05) de manera significativa ($p < 0.05$), de igual forma se encontró un puntaje significativamente mayor ($p < 0.05$) en los aspectos psicológicos de CV en personas de 75 años o más (24 ± 3.8) en comparación con el primer grupo de 60-74 años (22 ± 4.35) de manera significativa, por último se encontró que las personas de 60-74 años obtienen un puntaje mayor en la escala de depresión geriátrica (10 ± 7) a diferencia de las personas de 75 años o más (8 ± 5) [Cuadro 13].

10.7. Correlaciones.

Se encontró una asociación positiva entre la percepción de CV global y el puntaje de autoestima ($r = 0.56$, $p < 0.05$), y el puntaje de RAS global ($r = 0.26$, $p < 0.05$) y negativa con el puntaje de detección de depresión ($r = -0.62$, $r^2 = 0.39$, $p < 0.05$) [Figura I]; además se encontró una asociación negativa entre el puntaje de autoestima y el de detección de depresión ($r = -0.68$, $r^2 = 0.46$, $p < 0.05$) [Figura II] y con el de RAS ($r = -0.29$, $p < 0.05$), por último la asociación entre el puntaje de detección de depresión y el de RAS fue negativa ($r = -0.22$, $p < 0.05$) [Cuadro 14].



Por otro lado, se encontró una tendencia como factor de riesgo para percepción de calidad de vida baja, el tener un bajo nivel de redes de apoyo social (RM = 3.5, IC_{95%} 0.75-16.9, $p < 0.121$) [Cuadro 15].

Y se encontró como factor de riesgo para presentar baja autoestima el tener una edad de 60-74 años, (RM = 2.33, IC_{95%} 1.02-5.33, $p = 0.041$) es decir, estas personas tienen dos veces más probabilidades de presentar baja autoestima en comparación con las de 75 años o más (Cuadro 16).

10.8. Otros resultados.

Se observó un puntaje mayor en el nivel de RAS en las personas que presentan un estado cognitivo normal (45 ± 16) en comparación con las que presentan deterioro cognitivo leve (40 ± 15) siendo significativa esta diferencia ($p < 0.05$).

Al estratificar en dos categorías el nivel de RAS, se encontró que las personas que tuvieron un nivel alto de RAS, presentaron mayor puntaje de autoestima (70 ± 18) y menor puntaje en la detección de depresión (8 ± 5) a diferencia de las que tenían nivel bajo de RAS (64 ± 21 y 10 ± 7 , respectivamente) de manera significativa ($p < 0.05$).

Con respecto a la CV se encontró que las personas con alta CV obtuvieron un puntaje menor en GDS (9 ± 6) que las que reportaron CV baja (20 ± 6).



Cuadro 1. Características de la muestra.

	Número	Porcentaje
<u>Sexo</u>		
Masculino	38	17
Femenino	180	83
<u>Estado civil</u>		
Soltera	17	8
Casada	79	36
Viuda	103	47
Divorciada	5	2
Separada	10	5
Unión libre	4	2
<u>Escolaridad</u>		
Ninguna	36	16
Primaria	127	59
Secundaria	13	6
Bachillerato o Carrera técnica	37	17
Licenciatura	4	2
<u>Labora</u>		
No labora	177	81
Si labora	40	19
<u>Tiene alguna enfermedad</u>		
No	48	22
Si	170	78
<u>Tiene polipatología</u>		
No	215	99
Si	3	1
<u>Toma algún medicamento</u>		
No	47	22
Si	171	78
<u>Tiene polifarmacia</u>		
Si	64	30
No	153	70
<u>Grupo de edad por década</u>		
60 a 69 años	110	50
70 a 79 años	76	35
80 a 90 años	33	15
<u>Grupo de edad por tipo de viejos</u>		
Viejos-jóvenes (60-74 años)	154	71
Viejos-Viejos (75 o más años)	64	29



Cuadro 2. Personas que realizan AIVD de la muestra de estudio.

Actividad Instrumental	Independiente n (%)	Con asistencia n (%)	Dependiente n (%)
Usar el teléfono	192 (88)	19 (9)	7 (3)
Usar el transporte	187 (86)	26 (12)	5 (2)
Hacer compras	185 (85)	28 (13)	5 (2)
Preparar alimentos	203 (93)	12 (6)	3 (1)
Hacer quehaceres del hogar	173 (79)	36 (17)	9 (4)
Tomar medicamentos	192 (88)	24 (11)	2 (1)
Manejar el dinero	166 (76)	46 (21)	6 (3)

Frecuencias y porcentajes (n=218); Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).



Cuadro 3. Personas que realizan AIVD de la muestra de estudio por sexo.

	MUJERES			HOMBRES		
	I*	CA**	D***	I*	CA**	D***
Usar el teléfono	157 (87)	17 (9)	6 (3)	35 (92))	2 (59)	1 (3)
Usar el transporte	156 (87)	21 (12)	3 (2)	31 (82)	5 (13)	2 (5)
Hacer compras	153 (85)	24 (13)	3 (2)	32 (84)	4 (11)	2 (5)
Preparar alimentos	177 (98)	1 (1)	2 (1)	26 (68)	11 (29)	1 (27)
Hacer quehaceres del hogar	142 (79)	32 (18)	6 (3)	31 (81)	4 (11)	3 (8)
Tomar medicamentos	162 (90)	17 (9)	1 (1)	30 (79)	7 (18)	1 (3)
Manejar el dinero	137 (76)	38 (21)	5 (3)	29 (76)	8 (21)	1 (3)

Frecuencias y porcentajes.

* I = Independiente, ** CA = Con asistencia y D = Dependiente.



Cuadro 4. Desempeño de capacidades físicas en la población de estudio.

Actividades Físicas	Lo realizan sin dificultad n (%)	Lo realizan con dificultad n (%)	No lo realizan n (%)
Extender los brazos por debajo de los hombros	202 (93)	15 (7)	1 (1)
Extender los brazos por arriba de los hombros	200 (92)	17 (8)	1 (1)
Levantar objetos menores de 5 Kg.	186 (85)	12 (6)	20 (9)
Permanecer sentado por más de una hora.	194 (89)	21 (10)	3 (1)
Tomar objetos pequeños	206 (95)	9 (4)	3 (1)
Permanecer parado por más de una hora.	192 (88)	17 (8)	9 (4)
Mover objetos grandes.	127 (58)	34 (16)	57 (26)
Levantar objetos mayores de 5 Kg.	139 (64)	34 (16)	45 (21)
Se encorva, se agacha y se arrodilla.	121 (56)	68 (31)	29 (13)

Frecuencias y porcentajes (n=218).



Cuadro 5. Personas que realizan capacidades físicas de acuerdo a sexo.

	MUJERES			HOMBRES		
	Sin DIF*	Con DIF*	NO*	Sin DIF*	Con DIF*	NO*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Extender los brazos por debajo de los hombros	168 (93)	12 (7)	0 (0)	35 (89)	3 (8)	1 (3)
Extender los brazos por arriba de los hombros	167 (93)	13 (7)	0 (0)	33 (87)	4 (10)	1 (3)
Levantar objetos menores de 5 Kg.	151 (84)	12 (7)	17 (9)	35 (92)	0 (0)	3 (8)
Permanecer sentado por más de una hora.	164 (91)	14 (8)	2 (1)	30 (79)	7 (18)	1 (3)
Tomar objetos pequeños	173 (96)	5 (3)	2 (1)	33 (87)	4 (10)	1 (3)
Permanecer parado por más de una hora.	162 (90)	13 (7)	5 (3)	30 (79)	4 (10)	4 (11)
Mover objetos grandes.	99 (55)	30 (17)	51 (28)	28 (74)	4 (10)	6 (16)
Levantar objetos mayores de 5 Kg.	110 (61)	29 (16)	41 (23)	29 (76)	5 (13)	4 (11)
Se encorva, se agacha y se arrodilla.	97 (54)	62 (34)	21 (12)	24 (63)	6 (16)	8 (21)

Frecuencias y porcentajes.

* Sin DIF = Lo realizan sin dificultad, Con DIF = Lo realizan con dificultad y NO = No lo realizan.



Cuadro 6. Funcionalidad biopsicosocial y grupo de edad de acuerdo a los niveles de calidad de vida.

	Nivel Alto de Calidad de vida n = 108	Nivel Promedio de Calidad de Vida n = 104	Nivel Bajo de Calidad de Vida n = 6
Funcionalidad ABVD			
• Independiente (n=200)	102 (51)	93 (46)	5 (3)
• Dependiente (n=18)	6 (33)	11 (61)	1 (6)
Funcionalidad AIVD			
• Independiente (n=122)	67 (55)	52 (43)	3 (2)
• Dificultad para realizar 1o más actividad(es) (n=96)	41 (43)	52 (54)	3 (3)
Funcionalidad Cap. Físicas			
• Independiente (n=76)	46 (61)	29 (38)	1 (1)
• Dificultad para realizar 1o más actividad(es) (n=142)	62 (44)	75 (53)	5 (3)
Funcionalidad cognitiva			
• Normal (n=170)	86 (51)	80 (47)	4 (2)
• Deterioro cognitivo leve (n=48)	22 (46)	24 (50)	2 (4)
Estado afectivo			
• Normal (n=134)	90 (67)	43 (32)	1 (1)
• Probable depresión (n=83)	18 (22)	60 (72)	5 (6)
Redes de apoyo social			
• Alta (n=6)	4 (67)	2 (33)	0 (0)
• Media (n=127)	68 (53)	57 (45)	2 (2)
• Baja (n=84)	36 (43)	44 (52)	4 (5)
Edad			
• Grupo 1 (de 60 a 74 años) (n=154)	70 (45)	80 (52)	4 (3)
• Grupo 2 (de 75 años o más) (n=64)	38 (59)	24 (38)	2 (3)

Frecuencias y porcentajes.



Cuadro 7. Funcionalidad biopsicosocial y grupo de edad de acuerdo a los niveles de autoestima.

	Nivel Alto de autoestima n = 164	Nivel medio de autoestima n = 37	Nivel Bajo de autoestima n = 10
Funcionalidad ABVD			
• Independiente (n=194)	153 (79)	33 (17)	8 (4)
• Dependiente (n=17)	11 (65)	4 (24)	2 (11)
Funcionalidad AIVD			
• Independiente (n=118)	99 (84)	17 (14)	2 (2)
• Dificultad para realizar 1 o más actividades (n=93)	65 (70)	20 (21)	8 (9)
Funcionalidad Capacidades Físicas			
• Independiente (n=73)	60 (82)	12 (17)	1 (1)
• Dificultad para realizar 1 o más actividades (n=138)	104 (75)	25 (18)	9 (7)
Funcionalidad cognitiva			
• Normal (n=163)	127 (78)	29 (18)	7 (4)
• Deterioro leve (n=48)	37 (77)	8 (17)	3 (6)
Estado afectivo			
• Normal (n=131)	121 (92)	10 (8)	0 (0)
• Probable depresión (n=79)	42 (53)	27 (34)	10 (13)
Redes de apoyo social			
• Alta (n=6)	6 (100)	0 (0)	0 (0)
• Media (n=124)	101 (82)	19 (15)	4 (3)
• Baja (n=80)	56 (70)	18 (23)	6 (7)
Edad			
• Grupo 1 (de 60 a 74 años) (n=150)	111 (74)	30 (20)	9 (6)
• Grupo 2 (de 75 años o más) (n=61)	53 (87)	7 (11)	1 (2)
Frecuencias y porcentajes			



Cuadro 8. Variables intervinientes de acuerdo a la funcionalidad biopsicosocial.

Variables Intervinientes	ABVD	AIVD	Caps. Físicas	Estado Cognitivo	Edo afectivo normal	Redes de Apoyo Social		
						Bajo	Moderado	Alto
Sexo								
■ Masculino	35 (92)	21(55)	23(61)	32(84)	26(68)	15(40)	21(55)	2(5)
■ Femenino	165 (92)	101(56)	53(29)	138(77)	108(60)	69(39)	106(59)	4(2)
Estado Civil								
■ Soltero(a)	16 (94)	12(71)	8(47)	14(82)	15(88)	12(71)	5(29)	0(0)
■ Casado(a)	73(92)	48(61)	32(41)	69(87)	45(57)	16(20)	58(73)	5(6)
■ Viudo(a)	95(92)	52(51)	29(28)	72(70)	62(61)	47(46)	54(53)	1(1)
■ Divorciado(a)	5(100)	3(60)	2(40)	5(100)	4(80)	2(40)	3(60)	0(0)
■ Separado(a)	8(80)	5(50)	3(30)	7(70)	5(50)	5(50)	5(50)	0(0)
■ Unión libre	3(75)	2(50)	2(50)	3(75)	3(75)	2(50)	2(50)	0(0)
Escolaridad								
■ Ninguna	35(92)	12(33)	7(19)	28(78)	15(42)	10(28)	24(67)	1(3)
■ Primaria	105(91)	70(55)	47(37)	97(76)	76(60)	55(43)	70(55)	2(2)
■ Secundaria	12(92)	88(62)	5(39)	11(85)	10(77)	6(46)	5(39)	2(15)
■ Bachillerato o carrera técnica.	35(95)	30(81)	15(41)	33(89)	28(76)	11(30)	25(67)	1(3)
■ Licenciatura	4(100)	2(50)	2(50)	1(25)	4(100)	1(25)	3(75)	0(0)
Aspecto laboral								
■ Labora	38(95)	32(80)	21(53)	31(78)	29(73)	17(44)	21(54)	1(3)
■ No Labora	161(91)	90(51)	55(33)	139(79)	104(59)	66(37)	106(60)	5(3)
Tiene enfermedad diagnosticada								
■ Si	158(93)	94(55)	54(32)	128(75)	103(61)	62(37)	102(60)	5(3)
■ No	42(88)	28(58)	22(46)	42(88)	31(65)	22(46)	25(52)	1(2)
Tiene polipatología								
■ Si	3(100)	1(33)	0(0)	1(33)	0(0)	1(33)	2(67)	0(0)
■ No	197(92)	121(56)	76(35)	169(79)	134(63)	83(39)	125(58)	6(3)
Toma medicamentos								
■ Si	158(92)	90(53)	53(31)	132(77)	102(60)	65(38)	100(59)	5(3)
■ No	42(89)	32(68)	23(49)	38(81)	32(68)	19(40)	27(58)	1(2)
Tiene polifarmacia								
■ Si	57(89)	29(45)	13(20)	46(72)	33(52)	24(38)	36(57)	3(5)
■ No	142(93)	93(61)	63(41)	123(80)	101(66)	60(39)	90(59)	3(2)
Grupo de edad.								
■ 60 a 74 años.	149(97)	96(62)	62(40)	129(84)	88(58)	63(41)	86(56)	4(3)
■ 75 años o más.	51(80)	26(41)	14(22)	41(64)	46(72)	21(33)	41(64)	2(3)



Cuadro 9. Variables intervinientes de acuerdo a los niveles de calidad de vida.

VARIABLES INTERVINIENTES	Nivel Alto de Calidad de vida n = 108	Nivel Promedio de Calidad de Vida n = 104	Nivel Bajo de Calidad de Vida n = 6
Sexo			
• Masculino (n=38)	21 (55)	16 (42)	1 (3)
• Femenino (n=180)	87 (48)	88 (49)	5 (3)
Estado Civil			
• Soltero(a)	12 (71)	4 (24)	1 (6)
• Casado(a)	36 (46)	41 (52)	2 (3)
• Viudo(a)	52 (50)	49 (48)	2 (2)
• Divorciado(a)	3 (60)	2 (40)	0 (0)
• Separado(a)	4 (40)	5 (50)	1 (10)
• Unión Libre	1 (25)	3 (75)	0 (0)
Escolaridad			
• Ninguna	14 (39)	21 (58)	1 (3)
• Primaria	62 (49)	60 (47)	5 (4)
• Secundaria	6 (46)	7 (54)	0 (0)
• Bachillerato o carrera técnica.	22 (60)	15 (40)	0 (0)
• Licenciatura	3 (75)	1 (25)	0 (0)
Aspecto laboral			
• Labora	23 (58)	16 (40)	1 (2)
• No Labora	84 (47)	88 (50)	5 (3)
Tiene enfermedad diagnosticada			
• Si	80 (47)	84 (49)	6 (4)
• No	28 (58)	20 (42)	0 (0)
Tiene polipatología			
• Si	2 (67)	1 (33)	0 (0)
• No	106 (49)	103 (48)	6 (3)
Ingesta de medicamentos			
• Si	78 (45)	88 (52)	5 (3)
• No	30 (64)	16 (34)	1 (2)
Presenta polifarmacia			
• Si	27 (42)	35 (55)	2 (3)
• No	81 (53)	68 (44)	4 (3)

Frecuencias y porcentajes



Cuadro 10. Variables intervinientes de acuerdo a los niveles de autoestima.

Variables Intervinientes	Nivel Alto de autoestima n = 164	Nivel medio de autoestima n = 37	Nivel Bajo de autoestima n = 10
Sexo			
• Masculino	31 (86)	4 (11)	1 (3)
• Femenino	133 (76)	33 (19)	9 (5)
Estado Civil			
• Soltero(a)	14 (82)	3 (18)	0 (0)
• Casado(a)	57 (75)	13 (17)	6 (8)
• Viudo(a)	81 (81)	15 (15)	4 (4)
• Divorciado(a)	4 (80)	1 (20)	0 (0)
• Separado(a)	6 (67)	3 (33)	0 (0)
• Unión Libre	2 (50)	2 (50)	0 (0)
Escolaridad			
• Ninguna	25 (70)	8 (22)	3 (8)
• Primaria	91 (74)	25 (21)	6 (5)
• Secundaria	9 (75)	2 (17)	1 (8)
• Bachillerato o carrera técnica.	34 (94)	2 (6)	0 (0)
• Licenciatura	4 (100)	0 (0)	0 (0)
Aspecto laboral			
• Labora	32 (82)	6 (15)	1 (3)
• No Labora	131 (77)	31 (18)	9 (15)
Tiene enfermedad diagnosticada			
• Si	128 (77)	30 (18)	9 (5)
• No	36 (82)	7 (16)	1 (2)
Cuenta con polipatología			
• Si	2 (67)	0 (0)	1 (33)
• No	162 (78)	37 (18)	9 (4)
Ingesta de medicamentos			
• Si	128 (76)	34 (20)	6 (4)
• No	36 (84)	3 (7)	4 (9)
Presenta polifarmacia			
• Si	52 (81)	8 (13)	4 (6)
• No	112 (77)	28 (19)	6 (4)

Frecuencias y porcentajes



Cuadro 11. Relación de la Funcionalidad cognitiva, CV global, autoestima, depresión y RAS respecto a las AIVD.

	Independiente	Dependiente
Puntaje de funcionalidad cognitiva	27 ± 3	25 ± 3*
Calidad de vida global	96 ± 15	91 ± 15*
Autoestima	72 ± 19	61 ± 20*
Detección de depresión	8 ± 6	11 ± 6*
Redes de apoyo social	46 ± 16	41 ± 16*

Promedio y desviación estándar. * t-Student al 95% de confianza



Cuadro 12. Relación de la Funcionalidad cognitiva, CV global, autoestima, depresión y RAS respecto a Capacidades Físicas.

	Independiente	Dependiente
Puntaje de funcionalidad cognitiva	27 ± 2	25 ± 3*
Calidad de vida global	98 ± 14	91 ± 16*
Autoestima	71 ± 18	65 ± 21*
Detección de depresión	8 ± 6	10 ± 7*
Redes de apoyo social	45 ± 15	43 ± 17*

Promedio y desviación estándar. * t-Student al 95% de confianza.



Cuadro 13. Puntajes de Mini-Mental, Calidad de Vida, Autoestima, GDS y redes de apoyo social por grupo de edad.

	Grupo de edad de 60 a 74 años n = 156	Grupo de edad de 75 años o más n = 66
Mini-Mental	27 ± 2.86	25 ± 3.43*
Calidad de Vida (Global)	92 ± 15.05	98 ± 14.98 [†]
Dominio Salud Física.	26 ± 4.99	27 ± 5.35
Dominio Relaciones Sociales.	11 ± 2.05	11 ± 2.27
Dominio Aspectos Psicológicos	22 ± 4.35	24 ± 3.80 [‡]
Dominio Medioambiente	29 ± 5.35	30 ± 5.48
Autoestima	66 ± 20.846	71 ± 17.05
Síntomas depresivos (GDS)	10 ± 6.70	8 ± 4.85 [§]
Redes de Apoyo Social	43 ± 16.11	45 ± 15.96

Puntaje promedio y desviación estándar. t-Student * p = 0.0001, [†] p = 0.006, [‡] p = 0.002, [§] p = 0.01



Cuadro 14. Asociación de variables de funcionalidad, autoestima y calidad de vida.

	Calidad de vida	Mini-Mental	Autoestima	GDS	Redes sociales
Calidad de vida	1				
Mini-Mental		1			
Autoestima			1		
GDS				1	
Redes sociales					1
Calidad de vida		.876	.0001	.0001	.0001
Mini-Mental			.580	.972	.057
Autoestima				.0001	.0001
GDS					.001
Redes sociales					

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

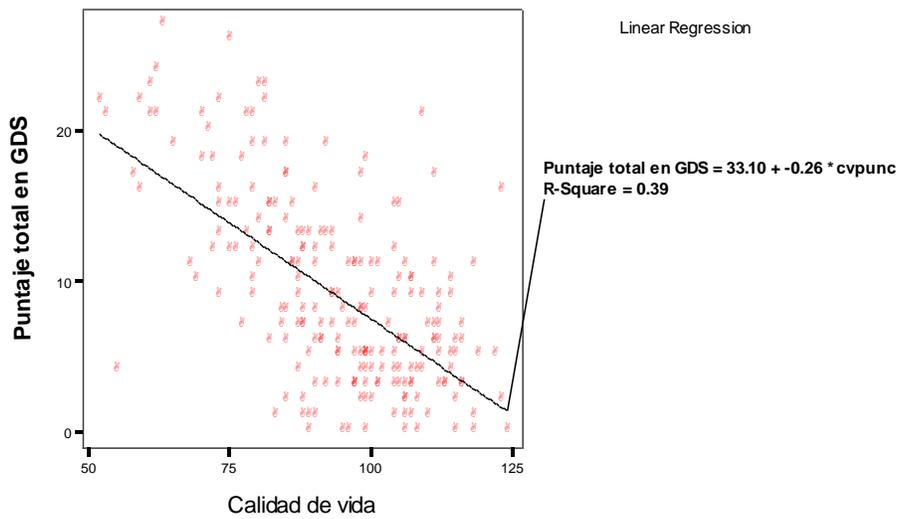


Figura I. Dispersión de puntos de calidad de vida y puntaje de detección de depresión ($r=-0.62$, $r^2=0.39$, $p<0.05$).

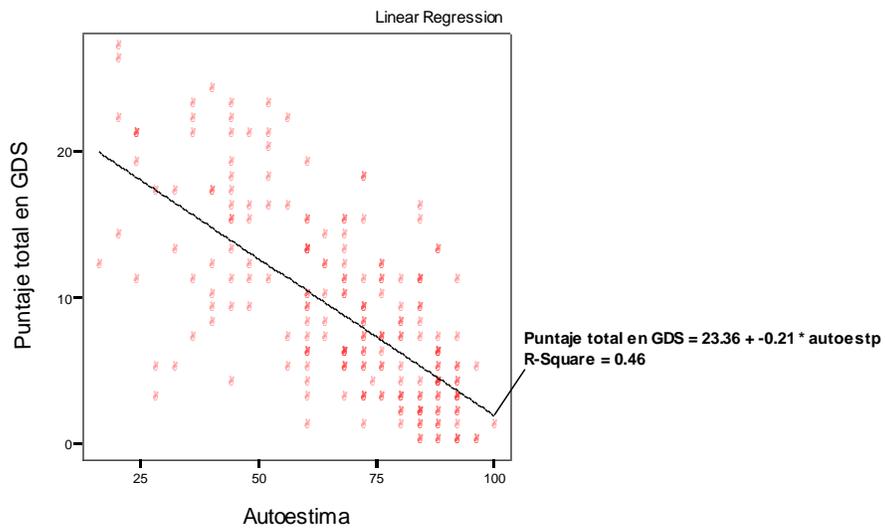


Figura II. Dispersión de puntaje de autoestima y puntaje de detección de depresión ($r = -0.68$, $r^2 = 0.46$, $p < 0.05$).



Cuadro 15. Factores de riesgo para Calidad de Vida Baja

Factor de riesgo	RM	IC _{95%}	Valor de p
Sexo (Hombres)	1.06	0.22-5.09	1.000
Grupo de edad (75 años o más)	1.11	0.29-4.34	1.000
Aspecto laboral (No labora)	1.02	0.21-4.90	1.000
Enfermedad diagnosticada	0.78	0.16-3.72	1.000
Polipatología (Positivo)	ND		
Ingesta de medicamentos (Positivo)	0.80	0.17-3.84	1.000
Polifarmacia (Positiva)	0.72	0.20-2.55	0.735
Funcionalidad Física (Dependencia)	0.78	0.75-1.90	0.227
Estado anímico (normal)	0.055	0.007-0.44	0.0001
Funcionalidad cognitiva (Deterioro cognitivo leve).	0.74	0.19-2.90	0.710
Funcionalidad social (Bajo nivel de Redes de Apoyo Social)	3.56	0.75-16.90	0.121

RM = razón de momios, ND = No definido



Cuadro 16. Factores de riesgo para Autoestima Baja

Factor de riesgo	RM	IC _{95%}	Valor de p
Sexo (Hombre)	0.51	0.19-1.40	0.184
Grupo de edad (60-74 años)	2.33	1.02-5.33	0.041
Aspecto laboral (No labora)	1.40	0.57-3.40	0.462
Tiene alguna Enfermedad diagnosticada (No)	0.73	0.31-1.70	0.463
Polipatología (No)	0.57	0.05-6.40	0.532
Ingesta de medicamentos (No)	0.62	0.26-1.51	0.290
Polifarmacia (No)	1.32	0.63-2.75	0.464
Funcionalidad Física (Independiente)	0.49	0.17-1.41	0.221
Estado anímico (Normal)	0.09	0.04-0.21	0.0001
Funcionalidad cognitiva (Normal).	0.95	0.44-2.06	0.903
Funcionalidad social (Bajo nivel de Redes de Apoyo Social)	1.82	0.92-3.61	0.085

RM = razón de momios.



11. DISCUSIÓN

Con mucha frecuencia, la vejez ha sido relacionada con enfermedad, aislamiento, soledad, dependencia y con la incapacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria. También se ha señalado que a medida que aumenta la edad se incrementa el riesgo de presentar dependencia y disminución en la funcionalidad biopsicosocial, por lo que indagar los factores que determinan la funcionalidad durante la vejez resulta un tema de relevancia por el impacto que tiene en el ámbito de lo individual y de lo familiar, de lo comunitario y de lo social.

La funcionalidad biopsicosocial, además de proveer información objetiva respecto a las necesidades de atención, factores de riesgo de eventos negativos (caídas, institucionalización, depresión, etc.), actualmente ha sido considerada como un indicador de salud de las personas viejas.

La funcionalidad física se vincula con la autonomía e independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En nuestro estudio se observó que la mayoría de las personas son independientes completamente (92%) para desempeñar actividades básicas como bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse y alimentarse sin ayuda, coincidiendo con las cifras reportadas en el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASAEM) en donde se reporta que la prevalencia de las personas con dependencia funcional física es del 7%, (Wong & Espinoza, 2002), lo cual demuestra que la visión negativa que se tiene de la vejez al vincularla con la incapacidad es un prejuicio determinado en gran medida por el viejismo prevalente en nuestra sociedad (Mendoza-Núñez, et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2007).

De acuerdo al diagnóstico de las ABVD por grupo de edad, se encontró que conforme avanza la edad aumenta la prevalencia de dependencia, lo que concuerda con lo reportado por Varela et al., (2005). Al respecto Tello et al.,



(2001) sugieren que el proceso de envejecimiento afecta las funciones fisiológicas, y éstas a su funcionalidad biopsicosocial observándose que dichas alteraciones son mayormente marcadas después de los 80 años, debido posiblemente a que la capacidad de adaptación y reserva homeostática se ven disminuidas entre otros factores contextuales. No obstante, en nuestro estudio, llama la atención que la prevalencia de limitaciones en las ABVD encontrada en el grupo de edad de 80 años o más es menor que la que lo observado por dicho autor, cuyo hallazgo confirma que aunque el envejecimiento incrementa la vulnerabilidad para la dependencia física, ésta es determinada por múltiples factores incluyendo los ambientales y socioculturales, además de lo biológico, de ahí que el envejecimiento y la vejez se presentan de manera individualizada. Por lo tanto, no debemos asumir que la edad determina el grado de limitaciones físicas que presentan los viejos.

Por su parte, en el estudio multicéntrico Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) se reporta que el porcentaje de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) varía de un 19 al 25% (OPS; 2001), y en la encuesta nacional sobre envejecimiento en México (ENASAEM, 2002) se reportó que un 15% tienen dificultad para la realización de 1 o más AIVD, (Wong y Espinoza, 2002), lo cual discrepa con los hallazgos de nuestro estudio, ya que se encontró un 44% de dificultad en el mismo número de actividades, lo cual puede ser debido a que en nuestra población tiene menos oportunidades de socialización que las ciudades urbanas incluidas en el estudio SABE y que el promedio de la población nacional señalada en la ENASEM. En este sentido, se ha señalado que las personas que desempeñan actividades físicas vinculadas con la socialización son mayormente independientes (Mora et al., 2004).

Tello et al., (2001) reportaron que las principales limitaciones en las AIVD en orden de importancia fueron la realización de compras, la preparación de alimentos y el uso de transporte; en tanto que las menos afectadas fueron manejo de dinero y realización de quehaceres del hogar, sin embargo en nuestro estudio



encontramos en primer lugar la dificultad para el manejo de dinero seguida de los quehaceres del hogar. Estas discrepancias pueden ser explicadas por la diferencia en la escolaridad, funciones cognitivas y aspectos culturales, ya que las limitaciones relacionadas con la socialización están influidas por dichos factores tal como ha sido demostrado en otros estudios (Tello et al., 2001).

Ahora bien, el envejecimiento trae consigo una serie de modificaciones físicas internas y externas que pueden repercutir en la capacidad para desempeñar actividades físicas que requieran fuerza muscular (mover objetos grandes) o flexibilidad, las cuales pueden repercutir en las actividades ya sean instrumentales o en las básicas (bañarse, vestirse o ir al baño) (OPS, 2001). En este sentido, en el presente estudio se encontró que en actividades muy específicas como extender de brazos, levantar o mover objetos pequeños o grandes (menores y mayores de 5 Kgr.), agacharse, permanecer en bipedestación por 15 minutos, casi dos tercios de la población estudiada son dependientes, lo cual coincide con lo reportado en la encuesta SABE en donde se reporta que las personas viejas tienen dificultad tanto para agacharse como para la extensión de brazos. Cabe destacar que las actividades que presentan mayor dificultad son las relacionadas con la flexibilidad, extensión y fuerza muscular, esto debido a que por el proceso normal del envejecimiento la masa muscular se va perdiendo de un 30 a un 40%, por lo que disminuye la fuerza muscular. No obstante, debemos considerar que la implementación de programas de gerontología comunitaria enmarcados en el envejecimiento activo podría modificar en grado y ritmo de afectación de la funcionalidad física relativa a la edad (Fernández-Ballesteros, 2007).

Por otro lado, en el ENASAEM en el 2002, se reportó que son las mujeres quienes tienen un mayor porcentaje de problemas de funcionalidad en todas las esferas (física, mental y social) que los hombres. Así mismo, Tello et al. (2001) destacan que las mujeres son quienes presentan mayor prevalencia de dependencia, debido posiblemente a una sobrecarga de trabajo en el hogar en el pasado y ello repercute en el desgaste físico o a que las mujeres más jóvenes (hijas y/o nietas)



son quienes retoman dichas actividades en la casa. Al respecto, en el presente estudio se encontró, que las mujeres reportan mayor dependencia (71%) que los hombres (39%) en lo que respecta a la capacidad para realizar actividades físicas. En este sentido, aunque se reporta que las mujeres presentan más afectación en las ABVD, esto no es debido a un factor constitucional sino probablemente a las condiciones de vida que le impone la sociedad y a su mayor longevidad (Gutiérrez, 2004).

Otro aspecto vinculado con la funcionalidad es el de las enfermedades crónico-degenerativas, ya que éstas y sus complicaciones son una de las principales causas para desarrollar dependencia biopsicosocial (Barrantes-Moges et al., 2007), como lo demuestran algunas investigaciones (Deeg, Kardaun y Fozard, 1996). Al respecto, en nuestro estudio se encontró que el 78% de la población tiene por lo menos una enfermedad crónico-degenerativa lo que concuerda con los resultados de la encuesta SABE (2001). Sin embargo, es importante mencionar que las enfermedades crónicas no son el único factor que influye en la funcionalidad, ya que elementos de carácter individual y ambiental pueden inducir un proceso de dependencia y por lo tanto afectar la funcionalidad del individuo (OPS, 2001).

Asimismo, la pérdida de autonomía tiene una serie de repercusiones y consecuencias en otras esferas de la vida humana, entre las que destacan la disminución de la autoestima y la percepción del bienestar subjetivo. En este sentido, se ha reportado que la movilidad, la autonomía, las ABVD y las AIVD implican elementos objetivo-subjetivos que influyen en la percepción de la calidad de vida, (Gurland & Katz, 1991); en esta investigación se observó que las personas que perciben una calidad de vida alta son aquellas que son independientes para realizar ABVD, AIVD y actividades físicas (51%, 55% y 61% respectivamente). Lo anterior coincide con lo reportado por Tello et al., (2001) quienes encontraron que las personas con mejor nivel de satisfacción son las que afirman ser independientes para realizar actividades básicas o instrumentales,



además de que no requieren de cuidados de otras personas lo que puede explicar la percepción más alta de calidad de vida.

Los aspectos psicológicos tienen un papel fundamental sobre la funcionalidad en general, ya que le permitirán al individuo recibir información del medio, procesarla, recuperarla y, aplicarla en la vida cotidiana. A este respecto, los resultados obtenidos muestran que el 22% de la población estudiada presenta deterioro cognitivo leve, en otros estudios como el de Alanis-Nino, et al., (2008) reportan un 30% de deterioro leve en población Nuevo León, por su parte, Mejía-Arango et al., (2007) encontraron que la prevalencia de personas con deterioro cognitivo es de un 7%, datos que difieren con lo observando en este estudio, lo anterior puede ser explicado por el nivel de escolaridad de las personas ya que el 58% de nuestra población tenía nivel de primaria completa o incompleta. En este sentido, se ha reportado que el bajo nivel educativo repercute en la prevalencia e incidencia de deterioro cognitivo, lo cual podría explicar la magnitud detectada en nuestro estudio. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de los estudios utilizan un mismo punto de corte para toda la población sin considerar edad o nivel educativo, dando como resultado una sobrestimación de deterioro cognitivo (Mejía-Arango et al., 2007).

Asimismo se encontró que la funcionalidad cognitiva disminuye de manera significativa conforme avanza la edad, lo que concuerda con Peláez (2001), al respecto se ha sugerido que la disminución mayormente marcada en personas de 80 años y más son debidas a los cambios biológicos del envejecimiento, efectos secundarios de medicamentos, enfermedades-crónicas, disminución de redes de apoyo social y falta de estimulación cognitiva (Calero et al., 2006).

Fernández-Ballesteros et al., (2007) señala que la funcionalidad cognitiva es un aspecto fundamental que puede influir sobre el nivel de calidad de vida, al respecto se observó que en el presente estudio que las personas que no tienen deterioro cognitivo perciben un nivel alto de CV, coincidiendo con lo reportado por



dicha autora, lo que sugiere que las personas que cuentan con estimulación cognitiva o relaciones de grupo mejoran su percepción de calidad de vida (Bandura, 1991), por lo tanto en la vejez se pueden emplear estrategias de intervención comunitaria para fortalecer la funcionalidad cognitiva y por tanto la CV (Park & Schwarz, 2002).

Con respecto al estado anímico, la literatura reporta que existe un mayor porcentaje de depresión en las personas adultas mayores en comparación con personas jóvenes, por cambios en el funcionamiento de los neurotransmisores principalmente del sistema límbico e hipotálamo, así como trastornos endocrinológicos relativos a la vejez, no obstante la predisposición genética juega un papel relevante. Otra propuesta vinculada con la etiología de depresión en ancianos, considera al ritmo circadiano del sueño y el consiguiente aumento de catecolaminas durante la noche como posibles factores de riesgo (Prinz, et al., 1979).

En la población de estudio se encontró que un 39% con probable depresión, cuya magnitud se contrapone con los reportado en otros estudios. Al respecto Vázquez et al., (2006) encontró un 27 de síntomas depresivos en población urbana, y recientemente García-Peña et al., (2008) reportan que la prevalencia en su grupo de estudio de la Ciudad de México fue de 22%. Dichas discrepancias pueden ser debidas a las condiciones de vida de los grupos de estudio, ya que el envejecimiento per se no es causa de depresión. Por otro lado, es importante aclarar que el diagnóstico clínico de certeza se debe ajustar a los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), lo cual modificaría la cifra de la magnitud de dicho trastorno (Fernández-Ballesteros et al., 2007).

Rozzoni et al., (1988) reportaron que existe relación entre los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida, y mencionan que las personas con estado anímico



normal no presentan síntomas que afecten su desempeño en otras actividades de la vida diaria ni en la CV.

Es importante recalcar que el estar deprimido puede tener consecuencias en diferentes ámbitos, al respecto en el presente estudio se encontró que existe una asociación negativa entre los puntajes de la escala de depresión y los obtenidos en cuestionario de CV, además de que el 67% de quienes presentan un estado anímico normal reportó tener un alto nivel de CV, lo cual es congruente con lo observado por Hyer et al., (1987), quienes demostraron que los síntomas depresivos tienen un impacto significativo en la percepción de calidad de vida. En este sentido, Reifler (1994) señala, que personas con una percepción de alta calidad de vida no ven disminuido el interés por las cosas que le rodean, no presentan fatiga, ni dificultad para levantarse temprano, para dormir; no presentan problemas en la memoria, ni pensamientos sobre la muerte y desesperanza generalizada. Por lo tanto, podemos señalar que existe un vínculo estrecho entre la CV y el estado afectivo.

Además de los cambios bioquímicos y fisiológicos que se manifiestan durante el proceso de envejecimiento se debe considerar la presencia de eventos estresantes de índole psicológica, social y ambiental, tales como el diagnóstico de alguna enfermedad física, dependencia, déficits económicos, viudez, jubilación, entre otros, ya que al percibirlos como eventos totalmente negativos puede dificultarse el proceso de adaptación a esos cambios y afectar al estado anímico, así como a la funcionalidad biopsicosocial y por ende a la CV (Fernández-Ballesteros et al., 1992, Yanguas, 2006).

En esta investigación se observó un puntaje significativamente más alto en las personas de 60-74 años (10 ± 7) en comparación con las de 75 años o más (8 ± 5) ($p < 0.05$). Nuestros resultados sugieren que no existe un vínculo etiológico entre la edad y la depresión.



Las Redes de Apoyo Social (RAS) adquieren un papel fundamental como elementos esenciales para el desarrollo y mantenimiento de una buena funcionalidad social, ya que se ha encontrado que la cantidad de contactos sociales que tiene un individuo, los apoyos que recibe y la satisfacción que percibe de esa ayuda contribuyen de manera importante para el mantenimiento de la funcionalidad social y para una buena percepción de calidad de vida. En este sentido, en el presente estudio se encontró que las personas que reportan un nivel alto de RAS (67%) presentaron niveles altos de CV, mostrando una asociación significativa entre ambos puntajes, lo cual coincide con lo reportado con Krausen, Liang & Keith (1990) quienes encontraron que el apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar de las personas mayores, ya que este apoyo favorece sentimientos de estimación, reconocimiento y valoración como persona, lo que fomenta el sentimiento de bienestar y satisfacción con otros aspectos de la vida. También se encontró una tendencia a que las personas que reportaron un bajo nivel de RAS presentan tres veces más riesgo de percibir bajo nivel de CV ($RM = 3.5$, $IC_{95\%} 0.75-16.9$, $p = 0.12$), lo cual concuerda con lo señalado anteriormente.

Asimismo, se ha demostrado que el tener capacidades para desempeñar actividades de la vida diaria, un estado anímico normal y el contar con redes de apoyo social puede repercutir de manera positiva en la imagen que la persona mayor tiene de sí misma, (Buendía, 1997). Al respecto se encontró que las personas que mostraron ser independientes para llevar a cabo ABVD, AIVD y Capacidades físicas, presentaron un alto grado de autoestima, por lo que se puede inferir que el ser independiente para las actividades de la vida diaria puede incrementar la seguridad de sí mismo, la valoración de las capacidades y por lo tanto presentar una autoestima elevada.

La autoestima influye de manera determinante en la socialización, en la forma de pensar, en las emociones, en los deseos, en los valores y objetivos de cada persona. También se ha observado que en el proceso de envejecimiento puede



verse disminuida la autoestima, ya que socialmente se ha concebido al envejecimiento como pérdidas, déficits, enfermedad, aislamiento, pérdida de estatus personal y social y con ello la muerte; lo que trae como consecuencia que muchas personas mayores se perciban a sí mismas como carga social y familiar, como inútiles y abandonados. En relación con lo anterior, en la presente investigación se encontró que las personas de 60-74 años de edad reportaron menores niveles de autoestima que las de 75 años o más, debido posiblemente a que en los primeros años de la vejez las personas se enfrentan a una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden desencadenar una crisis de identidad. Asimismo, socialmente se han construido una serie de mitos y estereotipos que son adoptados y asumidos por las personas que se encuentran en la etapa de la vejez y que al inicio de ésta es más difícil la adaptación, ya que pueden aparecer de manera simultánea diversos eventos (enfermedad, jubilación, viudez, ausencia de los hijos, entre otros) trayendo como consecuencia una percepción de minusvalía, sin embargo nuestros hallazgos sugieren que conforme avanza el proceso de envejecimiento las personas se van adaptando a los retos de la vejez logrando un proceso de aceptación y una visión más real de su situación.

Fernández-Ballesteros (1997) realizó un estudio en el que examina los efectos de diferentes variables, entre ellas la edad en el nivel de CV, encontrando que las personas de mayor edad percibieron mejor calidad de vida, lo que coincide con los resultados encontrados en el presente estudio.

Es importante destacar que las RAS influyen significativamente sobre la funcionalidad cognitiva, el estado afectivo y la autoestima, ya que a mayor puntaje de de RAS se encontró mejores calificaciones en el Minimental, en la escala de depresión y en la escala de autoestima.

Finalmente, es importante resaltar que la gerontología comunitaria tiene como objetivo primordial el mantener o mejorar el nivel de calidad de vida para las



personas mayores, considerando la participación y punto de vista de los viejos (Reig & Bordes, 1995) como estrategia para la identificación de las problemáticas desde la perspectiva del propio viejo, para proponer y establecer medidas de intervención acordes a sus necesidades.



12. CONCLUSIONES

Hipótesis

Tomando en cuenta las evidencias científicas respecto a la relación de la funcionalidad física, mental y social con la autoestima y la percepción de calidad de vida, se parte del supuesto que los adultos mayores con mayor funcionalidad bio-psico-social (física mental y social) percibirán mejor autoestima y calidad de vida.

Se concluye que

- La funcionalidad biopsicosocial influye significativamente en la se autoestima y de calidad de vida.
- Existe una asociación estrecha entre el nivel de CV y la presencia de síntomas depresivos.
- La mayoría de personas adultas mayores de la comunidad son independientes para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo cual se asocia con una mayor autoestima y calidad de vida.

Hipótesis

Considerando los estudios sobre la funcionalidad y calidad de vida durante la vejez, suponemos que la funcionalidad física es la que más influye en la autoestima y percepción de la calidad de vida.

- La funcionalidad física no es el principal factor determinante de la autoestima y la calidad de vida.
- Las RAS constituyen el elemento fundamental para la calidad de vida.
- El estado afectivo es el factor determinante de mayor relevancia para la autoestima.



13. PERSPECTIVAS.

- Es conveniente realizar estudios longitudinales de intervención comunitaria para confirmar nuestros los resultados.
- Los resultados sustentan la creación de grupos de ayuda mutua que fortalezcan la socialización e incrementen las RAS acorde con el paradigma del envejecimiento activo, para mejorar es estado afectivo, autoestima y calidad de vida.



14. REFERENCIAS

1. Alanis-Nino, G., Garza-Marronquín, J. V., González-Arellano, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Enero-Febrero, 46(1), 27-32.*
2. Arronte, A., Beltrán, N., Correa, E., Martínez, M. L., Mendoza, V. M., et al. (2007). *Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad.* México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
3. Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology. On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23, 611-626.*
4. Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-regulatory mechanisms. In R. A. Drestbier (Eds.), *Perspectives on motivation: Nebraska Symposium on Motivation, 38, 69-164.*
5. Barranco, A. (2007). *Enfermería de salud mental: Instituciones sanitarias.* Temario. México: CEP.
6. Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E. Gutierrez-Robledo, L., Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México, 49 (suppl.4), S459-S466.*
7. Beauvior, S. (1970). *La vejez.* Buenos Aires: Sudamericana.
8. Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991). Measures of Self- Esteem. En J.P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrigtman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes.* San Diego California, USA: Academic Press.
9. Branch L. G, Katz, Knipmann K. & Papsidero J. A. (1984). A prospective study of functional status among community elders. *American Journal of Public Healt. 74, 266-268.*
10. Branden, N. (1998). *Los seis pilares de la autoestima.* Barcelona, España: Paidós.



11. Buendía, J. & Riquelme, A. (1991). *Depresión, autoestima y apoyo social en ancianos*. Actas del III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona, septiembre.
12. Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva S. L.
13. Calero, M. D. & Navarro, E. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez*. Barcelona, España: Ediciones Octaedro, S. L.
14. Cardona, E. D., Estrada, R. A. & Agudelo, G. H. (2002). *Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia.
15. Castellón, R. V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14 (3), 131-137.
16. Clemente, M. A. (2002). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano: Revisión bibliográfica interdisciplinaria. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Centro Interamericano de Investigación Psicológica y Ciencias Afines. Buenos Aires, Argentina 20(1), 31-60.
17. Consejo Nacional de Población. (2002). *Proyecciones de la población de México 1996-2050*. México: CONAPO.
18. Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of self-esteem*. USA: Palo Alto Consulting Psychologists Press.
19. Deeg, D. H. J.; Kardaun, J. W. P. F. & Fozard, J. L. (1996): "Health, behavior and aging". En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed), 129-149. San Diego, California: Academic Press.
20. Diaz-Veiga, P. (1985). *Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos*. Memoria de Licenciatura de Psicología. Madrid, España: Universidad autónoma de Madrid.
21. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
22. Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Dimensiones en la evaluación de la calidad de vida*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.



23. Fernández-Ballesteros, R. (1997): Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención Psicosocial*, 6 (1), 21-35.
24. Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
25. Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
26. Fundación Mexicana para la Salud. (1996). Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. En: Consensos Funsalud. México: *Funsalud*, 52-53.
27. Frolkis, V. V. (1977). Aging of the autonomic nervous system. In J. E. Birren & K. W. Shaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold, pp. 177-189.
28. Gómez-Arqués M. A. Martos-Antonio J. & Castellón, A. (2005). La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 15(2), 85-91.
29. González-Celis, R. A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis Doctoral. México: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
30. Gurland, B. J. & Katz, S. (1991). Science of quality of life of elders: challenges and opportunities. En J. Birren, J. C. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deuth (eds.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. Los Angeles: Academic Press.
31. Gutierrez, L. M. (2004). *La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. La situación demográfica de México*. Recuperado el 14 de enero del 2009. En <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf>
32. Herrera, J. M., Barranco, C. E., Chaxiraxi, M. M., Herrera R. M., Rodríguez, M. I., et al. (2004). La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores. *Revista de Trabajo Social*. 4, pp. 171-178.



33. Hyer, L., Gouveia, I., Harrison, W. R., et al. (1987): "Depression, anxiety, paranoid reactions, hypocondriasis and cognitive decline of later-life patients". *Journal of Gerontology*, 42, 92-94.
34. Hoyl, M. T., Alessi, C. A., Harker, J. O., Josephson, K. R., Pietruszka, F. M., et al. (1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of American Geriatrics Society*. July, 47(7),: 873-878.
35. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda, 2000. Recuperado el 13 de septiembre del 2007. En: <http://www.inegi.gob.mx>. Ciudad de México: INEGI
36. Krausen, N., Liang, J., & Keith, V. (1990): "Personality, social support and psychological distress in later life". *Psychology and Aging*, 7, 4-14.
37. Langárica, S. R. (1987). *Gerontología y Geriatría*. México: Interamericana.
38. La Rosa, J. (1986). *Escala de locus de control y autoconcepto: construcción y validación*. Tesis de Doctorado. México: UNAM.
39. Lawton, M. P. & Brody E. M. (1969). Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 179-186.
40. León-Díaz E. M. & Alfonso-Fraga J. C. (2003). *Redes de apoyo social y calidad de vida en Cuba. Reunión de expertos en redes sociales de apoyo a las personas adultas mayores el rol del estado, la familia y la comunidad*. CELADE-División de población CEPAL. Santiago de Chile, 9-12 de diciembre del 2002.
41. Lehr, U. & Thomae, H. (1987). *Formen seelische alterm*. Stulgart: Enke.
42. Marías, J. (1994). *La felicidad humana*. Madrid, España: Alianza.
43. Martínez, M. L. (2004). *Relación entre el estado de salud objetivo y percibido y el daño oxidativo al ADN en adultos mayores mexicanos*. Tesis de Master en Gerontología Social. España: Universidad Autónoma de Madrid.
44. Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, M. A., Ruíz-Arregui, L. & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores



- asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49, supl 4, S475-S481.
45. Mendoza-Núñez, V. M. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En Salgado de Zinder, V. y Wong, R. *Envejecimiento en la pobreza. Género, salud y calidad de vida*. México. Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 57-89.
46. Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L., & Vargas-Guadarrama, L. A. (2004). *Gerontología Comunitaria*. México: FES Zaragoza, UNAM.
47. Mendoza-Núñez, V. M., Sánchez-Rodríguez, M. A. y Correa-Muñoz, E. (2008). Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: UNAM.
48. Montes de Oca, V. (2002). *Participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombres y mujeres adultas mayores: la experiencia de la colonia Aragón en la delegación Gustavo A. Madero, Cd. De México*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). CELADE-División de Población.
49. Montes, M. L. (2006). Calidad de Vida. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 18, 5-6.
50. Moragas M. R. (1999). *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder.
51. Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buela-Casal, G.
52. Nagi, S. E. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 54 (4), 439-468.
53. National Research Council. (2001). *Preparing for an aging world. The case for cross-national research*. Washington, D. C.: National Academy Press.
54. Novelo, U. F. (2003). Una semblanza de la obra de José Ayala Espino, algo más que cantidades precios y mercados. *Análisis Económico*, segundo cuatrimestre, XVIII (038), pp. 347-354.



55. Organización Mundial de la Salud. (1998). *Envejecimiento Saludable: El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa sobre envejecimiento activo y salud*. Ginebra-Suiza.
56. Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Encuesta multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*. Washington, D. C.: OPS. 1-19.
57. Palomba, R. (2002). *El concepto y medición de la calidad de vida en adultos mayores*. Documento presentado en el Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de los adultos mayores. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio 24.
58. Peláez, M., Palloni, A., Pinto, G. & Arias, E. (2001). *Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Informe Preliminar*. XXXVI Reunión del comité asesor de investigaciones en salud Kingston, Jamaica.
59. Prinz, P. (1979). Circadian variation of plasma catecholamines in young and old men: relation to rapid eye movement and slow wave sleep. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 49, 300.
60. Reifler, B. V. (1994): "Depression: Diagnosis and comorbidity". In L. S. Schneider, C. F. Reynolds, III, B. D. Lebowitz, y A. J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press. 55-59.
61. Reig, A. & Bordes, P. (1995). La calidad de vida en atención primaria. En: *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid: DuPont Pharma, 327-343.
62. Roche, R. (1997). "*Psicología y educación para la prosocialidad*". Buenos Aires, Argentina: Red Federal de Formación Docente Continua para La República Argentina.
63. Romero, M., Casas, F. & Carbelo, B. (1996). *Todo sobre autoestima*. Recuperado el 14 de septiembre del 2007 desde <http://www.www.pntic.mec.es/recursos/salud/autoestima>
64. Rozzoni, R., Branchetti, A. & Carabellese, C. (1988). Depression, life events and somatic symptoms. *The Gerontologist*, 28, 229-232.



65. San Martín, H. & Pastor, V. (1990). *Epidemiología de la Vejez*. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana.
66. Schulz, R. & Hansa, B. (1980). Applications of experimental social psychology to aging. *Journal of Social Issues*, 36, 30-47.
67. Tello V. Y., Bayarre V. H., Hernández P. M. & Herrera D. H. (2001). Prevalencia de discapacidad física en ancianos. Municipios “Amancio Rodríguez” y “Jobabo”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), 19-25.
68. Varela, L. (2003). *Principios de geriatría y gerontología*. Lima, Perú: UPCH.
69. Varela-Pinedo L., Chávez-Jimeno H., Gálvez-Cano M. & Méndez-Silva F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Medica Herediana*, 16(3), 165-171.
70. Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. & Nieto M. (2006). *La evaluación de la depresión en adultos*. En V. Caballo (comp.): Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide.
71. Velarde-Jurado, E. (2002a). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, 448-463.
72. Velarde-Jurado, E. (2002b). Evaluación de la Calidad de la Vida. *Salud Pública de México*, 44, 349-361.
73. Von Hahn, H. P. (1977). *Geriatría Práctica*. México: Manual Moderno.
74. Warner S. K. & Willis S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Education.
75. Wong, R. & Espinoza, M. (2002). *Bienestar Económico de la Población de Edad Media y Avanzada en México: Primeros resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México*. Documento Preliminar: Ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. CELADE, División de Población de CEPAL, 9-12 diciembre, Santiago de Chile.



76. Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).



15. ANEXOS

Formato I. Ficha de Identificación.

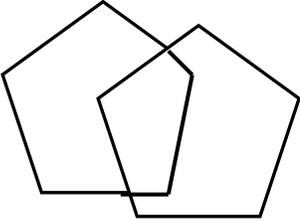
	FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA.
FICHA DE IDENTIFICACIÓN:	
1. Nombre: _____	
2. Fecha de Nacimiento: _____	
3. Edad: _____	
4. Género(marque con una línea la opción que responda en su caso):	
a) Hombre.	
b) Mujer.	
5. Domicilio: _____	
6. Teléfono: _____	
7. Escolaridad (marcar con una línea la opción que responda en su caso):	
a) Sin instrucción.	
b) Primaria.	
c) Secundaria.	
d) Bachillerato o Carrera técnica.	
e) Licenciatura o profesional.	
f) Otro (¿cuál? _____)	
8. Estado civil: (marcar con una línea la opción que responda en su caso):	
a) Soltero(a).	
b) Casado(a).	
c) Viudo(a).	
d) Separado(a).	
e) Divorciado(a).	
f) Unión libre.	
9. Ocupación actual (marcar con una línea la opción que responda en su caso):	
a) Labora.	
b) No labora.	
10. ¿Tiene alguna(a) enfermedad(es), diagnosticada por algún médico?	
a) Sí (¿cuál(es)? _____)	
b) No.	
11. ¿Consume algún medicamento (recetado o no recetado)?	
a) Sí (¿Cuántos? _____).	
b) No.	



Formato II. Mini Examen de Folstein (Modificado).

 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA. MINI EXAMEN MENTAL DE FOLSTEIN (Modificado).	
Nombre: _____	Fecha de evaluación: _____
Edad: _____ Género. _____	Escolaridad: _____
Calificación Total: _____	
Orientación: (Asigne un punto por cada respuesta máxima obtenida que sea correcta). Pregunte: ¿Qué fecha es hoy? _____ Después compete solo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas: ¿En qué año estamos? _____ () ¿En qué mes estamos? _____ () ¿Qué día del mes es hoy? _____ () ¿Qué día de la semana? _____ () ¿Qué hora es aproximadamente? _____ () Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital, etc.) _____ (5) Para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas: ¿En qué lugar estamos? () ¿En qué país? () ¿En qué estado? () ¿En qué ciudad o población? () ¿En qué colonia, delegación o municipio? ()	
Registro (memoria): Diga a la persona la siguiente instrucción: <i>“Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras: flor, coche y nariz”</i> . Después pida a la persona: <i>“Repita las palabras”</i> . Califique su ejecución en el primer intento. Cuando la persona diga que ha terminado o cuando deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres palabras diga: <i>“Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde”</i> . Esta instrucción deberá presentarse hasta que la persona sea capaz de repetir las tres palabras, o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el sujeto le recordara. (Recuerde: la calificación para este reactivo, se determina por el número de palabras que la persona fue capaz de recordar en el primer ensayo). Flor () Coche () Nariz () No. de ensayos: ___ (1-6)	(3)
Atención y Cálculo: (Asigne un punto por cada calificación máxima obtenida que sea correcta). Pida a la persona: <i>“Reste de 4 en 4, a partir del cuarenta. Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 4 cada vez v.gr: 40-4 = 36; 36-4= 32. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgala después de 5 substracciones (no proporcione ayuda).</i> 28 () 24 () 20 () 16 () 12 ()	(5)



<p>Evocación (memoria):</p> <p>Pida a la persona: <i>“Repita las tres palabras que le pedí que recordara”.</i></p> <p>Flor () Coche () Nariz ()</p>	<p>_____ (3)</p>
<p>Lenguaje:</p> <p>Nombrar: Muestre a la persona un reloj y pregúntele: <i>¿Cómo se llama esto?</i> Repita lo mismo con una pluma. _____ (2)</p> <p>Reloj () Pluma ()</p> <p>Repetición: Diga a la persona la siguiente instrucción: <i>“Le voy a decir una oración y repítala después de mí”,</i> (diga lenta y claramente): <u><i>No voy si tú no llegas temprano.</i></u> (Solo un ensayo). _____ (1) _____ (3)</p> <p>Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto: <i>Tome la hoja con la mano derecha, después dóblela a la mitad y tirela al piso.</i> (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado). _____ (3)</p> <p>Tomar la hoja de papel con la mano derecha. () Doblarla a la mitad. () Tirlarla al piso. ()</p> <p>Lectura: Pida a la persona: <i>Por favor haga lo que dice aquí,</i> muestre a la persona la instrucción escrita: “CIERRE LOS OJOS”. _____ (1)</p> <p>Escritura: Pídale a la persona: <i>“Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo</i> (no proporcione ayuda). _____ (1)</p> <p>Copia del modelo: Muestre a la persona el modelo de los dos pentágonos cruzados. Pida al sujeto: <i>“copie por favor, este dibujo”.</i> Debe haber 10 ángulos, y dos intersecciones. (No tome en cuenta temblor y rotación). _____ (1)</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>_____ (2)</p> <p>() ()</p> <p>_____ (1) ()</p> <p>_____ (3)</p> <p>() () ()</p> <p>_____ (1) ()</p> <p>_____ (1) ()</p> <p>_____ (1) ()</p>
<p>Puntuación Total:</p>	<p>_____</p>
<p>Fuente: Fundación Mexicana para la Salud. Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. En: Consensos Funsalud. México: Funsalud; 1996: 52-53.</p>	
<p>Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____</p>	



Formato III. Índice de Katz Modificado



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

INDICE DE KATZ MODIFICADO

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
I. BAÑARSE.	No necesita ayuda para bañarse en la tina o regadera, o sólo recibe ayuda para lavarse alguna parte del cuerpo. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para entrar o salir de la tina o bañarse en la regadera, necesita vigilancia durante el baño, o recibe ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo o es bañado por otra persona. <input type="checkbox"/>
II. VESTIRSE.	Se viste sin ayuda o sólo recibe apoyo para atarse los zapatos. <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda y/o supervisión para ponerse alguna prenda o es vestido por otra persona. <input type="checkbox"/>
III. MOVILIZACIÓN.	No recibe ayuda para irse de la cama a una silla. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda o no puede trasladarse de la cama a una silla. <input type="checkbox"/>
IV. ALIMENTACIÓN.	Se alimenta sin ayuda o sólo necesita apoyo para cortar la carne o untar mantequilla en el pan. <input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para comer parcial o totalmente. <input type="checkbox"/>
V. ARREGLO PERSONAL.	Se afeita, se peina o cepilla el pelo y se corta las uñas de los pies sin ayuda. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para afeitarse, peinarse o cepillarse el pelo o cortarse las uñas de los pies. <input type="checkbox"/>
VI. CAMINAR EN UN CUARTO PEQUEÑO.	Es capaz de caminar en un cuarto pequeño sin ayuda. <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda para caminar en un cuarto pequeño. <input type="checkbox"/>

Fuente: Branch L G, Katz, Kniepmann K, Papsidero JA. A Prospective study of functional status among community elders. Am J Public Health 1984; 74: 266 – 268.

Calificación:

Independiente:

Dependiente <input type="checkbox"/>	Bañarse <input type="checkbox"/>	Vestirse <input type="checkbox"/>	Movilización <input type="checkbox"/>	Alimentarse <input type="checkbox"/>	Arreglo personal <input type="checkbox"/>	Caminar en casa <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	---	--

Evaluador: _____ Supervisor: _____



Formato IV. Cuestionario de Actividades Físicas de Nagi



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGIA

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FÍSICAS DE NAGI

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha de evaluación: _____

ACTIVIDAD	CAPAZ DE REALIZARLA SIN DIFICULTAD	CAPAZ DE REALIZARLA CON DIFICULTAD	NO LA REALIZA
1. Extender los brazos por debajo de los hombros.			
2. Extender los brazos por arriba de los hombros.			
3. Levantar objetos de un peso menor de 5 kg.			
4. Permanecer sentado por más de una hora.			
5. Tomar (agarrar y sostener) pequeños objetos.			
6. Permanecer parado por más de 15 minutos.			
7. Mover objetos grandes.			
8. Levantar objetos de un peso mayor de 5 Kg.			
9. Encorvarse agacharse y arrodillarse.			

Fuente: Nagi SE. An epidemiology of desability among adultss in the United Status. Milbank Mem Fund Q Healt a Society 1976: 54 (4): 439-468.

Calificación:

1			2			3			4			5			6			7			8			9		
SI	DIF	NO																								

SI = Capaz de realizarlo sin dificultad.

DIF = Capaz de realizarlo con dificultad.

NO = No es capaz de realizarlo.

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____



Formato V. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody.

 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGIA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY	
Nombre: _____	
Edad: _____ Género: _____ Fecha de evaluación: _____	
ACTIVIDAD	CALIFICACIÓN
1. TELÉFONO. Independiente: Capaz de identificar los números y marcar, hacer y recibir llamadas sin ayuda. Con Asistencia: Capaz de responder el teléfono, marcar un número en caso de urgencia, pero necesita ayuda para marcar algún número en particular. Dependiente: Incapaz de usar el teléfono.	
2. TRANSPORTE. Independiente: Capaz de conducir su propio auto y viajar solo en autobús o taxi. Con Asistencia: Capaz de viajar en autobús o taxi pero acompañado. Dependiente: Incapaz de viajar en autobús o taxi.	
3. COMPRAS. Independiente: Realiza todas las compras con asistencia. Con Asistencia: Realiza todas las compras pero necesita que lo acompañen. Dependiente: Incapaz de realizar sus compras.	
4. PREPARACIÓN DE ALIMENTOS. Independiente: Planea, prepara y sirve los alimentos (adecuadamente) solo. Con Asistencia: Capaz de preparar las comidas sencillas, pero no puede cocinar todos los alimentos solo. Dependiente: Incapaz de preparar cualquier alimento.	
5. QUEHACERES DEL HOGAR. Independiente: Capaz de hacer quehaceres del hogar pesado como: fregar los pisos. Con Asistencia: Capaz de realizar quehaceres del hogar ligeros (lavar medias o calcetines), pero necesita ayuda con las tareas pesadas. Dependiente: incapaz de llevar a cabo cualquier quehacer del hogar.	
6. MEDICACIÓN. Independiente: Capaz de tomar sus medicamentos en las dosis y tiempos correctos. Con Asistencia: Puede tomar sus medicamentos, pero necesita que se lo recuerden o que alguien se los prepare. Dependiente: No puede responsabilizarse de sus medicamentos.	
7. MANEJO DE DINERO. Independiente: Maneja los asuntos de dinero con independencia (cobra, elabora cheques, realiza pagos en el banco, realiza, sus compras). Con Asistencia: Puede realizar sus compras cotidianas, pero necesita ayuda para elaborar cheques o cualquier trámite de banco y paso de servicios. Dependiente: Incapaz de manejar su dinero.	
Fuente: Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 179-186. I = Independiente. Evaluador(a): _____ A = Con Asistencia. Supervisor(a): _____ D. Dependiente.	



Formato VII. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Núm.	Síntomas	SI	NO
1.	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	SI	NO
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6.	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	SI	NO
7.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
8.	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?	SI	NO
9.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10.	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	SI	NO
11.	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?	SI	NO
12.	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13.	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	SI	NO
14.	¿Encuentra tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
15.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
16.	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?	SI	NO
17.	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	SI	NO
18.	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?	SI	NO
19.	¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI	NO
20.	¿Es difícil para usted en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
21.	¿Se siente lleno(a) de energía?	SI	NO
22.	¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
23.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
24.	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?	SI	NO
25.	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	NO
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27.	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?	SI	NO
28.	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI	NO
29.	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30.	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	SI	NO

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de aplicación: _____

* Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología. PUNTAJE TOTAL: _____

Fuente: Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heerseman PH, Rose TL, Screening test for geriatric depression. Clin Gerontol 1962; 1: 37-43.

Encuestador(a): _____

Supervisor(a): _____



Formato VIII. Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (IRASAM)

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A * UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA INVENTARIO DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES															
Nombre: _____															
Edad: _____ Género: _____ Fecha de evaluación: _____															
Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____															
Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">SI</th> <th style="width: 50%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI	NO														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
¿Tiene esposo(a)?															
¿Tiene hijos(as)?															
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?															
¿Tiene amigos(as)?															
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*															
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional? **															
* ¿Cuál(es)? _____															
** ¿Cuál(es)? _____															
Continuar con los siguientes apartados de acuerdo con las preguntas anteriores.															
I. RED INFORMAL FAMILIAR Marque con una cruz (X)															
Cónyuge	No lo(a) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)											
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?															
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ¹ (1)	Apoyo Material ² (1)	Apoyo Informativo ³ (1)											
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3											
Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el número															
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?	No los(as) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)											
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)											
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3											

¹ **Apoyo emocional:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.² **Apoyo instrumental:** Cuidado, transporte, labores del hogar.³ **Apoyo material:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.⁴ **Apoyo informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencias.



Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número				
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?. Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			
II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR Amigos (as) ¿Cuántas tiene? () Anote el número				
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el (los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			
Apoyo comunitario				
1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario? Marque con una cruz (X)	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)? Marque con una cruz (X)	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) apoyo que le proporciona el grupo con el que acude? Marque con una cruz (X)	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			
III. RED FORMAL INSTITUCIONAL Marque con una cruz (X)				
1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada 0 Poco 1 Regular 2 Mucho 3			
Evaluador(a): _____				
Supervisor(a): _____				



Formato IX. Inventario de Autoestima de Coopersmith (Versión para adultos)



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH*
(Versión para adultos)

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: A continuación se muestran unas frases, las cuales describen los sentimientos de las personas. Elija si son características suyas marcando con una "X" en SI o NO, dependiendo de su sentir en este momento. No existen respuestas buenas ni malas.

1. Generalmente los problemas me afectan poco	SI	NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público	SI	NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi	SI	NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	SI	NO
5. Soy una persona simpática.	SI	NO
6. En mi casa me enoja fácilmente.	SI	NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	SI	NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	SI	NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	SI	NO
10. Me doy por vencido muy fácilmente.	SI	NO
11. Mi familia espera demasiado de mí	SI	NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	SI	NO
13. Mi vida es muy complicada.	SI	NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	SI	NO
15. Tengo mala opinión de mí mismo.	SI	NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	SI	NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.	SI	NO
18. Soy menos bonita que la mayoría de las personas.	SI	NO
19. Si tengo que decir algo, generalmente lo digo.	SI	NO
20. Mi familia me comprende.	SI	NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	SI	NO
22. Siento que mi familia me presiona.	SI	NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	SI	NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	SI	NO
25. Se puede confiar muy poco en mí.	SI	NO

* Fuente: Coopersmith S. San Francisco, California: WH FREEAB AND COMPANY; 1967.

0-25 = Baja autoestima.

26-49 = Autoestima media.

50 y más = Alta autoestima.

Puntuación total: _____

Diagnóstico probable: _____

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____



Formato X. Instrumento WHOQoL-Breve Versión en Español.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
5.1 INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹

Clave: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de aplicación: _____

ACERCA DE USTED
 Antes de comenzar nos gustaría hacerle algunas preguntas generales acerca de usted; por favor anote una X en el cuadro correspondiente o responda en el espacio sobre la línea.

1. ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

3. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted recibió?

<input type="checkbox"/>				
Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior

4. ¿Cuál es su estado civil?

<input type="checkbox"/>					
Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	Viudo

5. ¿Está usted enfermo en este momento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No

6. Si tiene algún problema con su salud, ¿qué piensa que sea?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad	Problema

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R A L y Sánchez-Sosa, J J (2001). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

Instrucciones: Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, **por favor seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada.
 Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en **las últimas dos semanas**. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
--	----------------	----------	---------------	----------	---------------

¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

	Muy pobre	Pobre	Ni Pobre Ni Buena	Buena	Muy buena
--	-----------	-------	-------------------	-------	-----------

1 ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
--	------------------	--------------	-------------------------------	------------	----------------

2 ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---



Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de qué tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	La mayor parte del tiempo	Completamente
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5



		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

27 ¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma?_____

28 ¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma?_____

29 ¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación?_____

Evaluador(a):_____

Supervisor(a):_____