



## **Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana-México<sup>1</sup>**

### **Factors associated with quality of life of the elderly in the urban area, Mexico**

María de Guadalupe Navarro Elías<sup>2</sup>, Zoila Esperanza Leitón Espinosa<sup>3</sup>, Ma. Guadalupe Ojeda Vargas<sup>4</sup>, Maritza Evangelina Villanueva Benites<sup>5</sup>.

Recibido 10 de agosto 2013; aceptado el 30 agosto de 2013

#### **Resumen**

*La presente investigación realizada en la ciudad de Celaya, Guanajuato. México, en el 2011, tuvo la finalidad de determinar los factores asociados a la calidad de vida de la persona adulta mayor en la zona urbana. Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo u observacional y diseño correlacional, con una muestra de 118 adultos mayores que acuden a 3 centros de atención para el adulto mayor. Los instrumentos SF36, Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), y apoyo familiar cumplieron con la validez y confiabilidad y el recojo de información fue por entrevista. Resultados: la edad predomina en la población de 60 a 74 años 78.8%, predomina el sexo femenino con el 70.5%, casados el 51.7%, instrucción primaria el 57.7%, el 72.9% percibe un ingreso económico, el 47% función cognitiva normal, el 55% alto apoyo familiar, 63.6% no ha sufrido enfermedad los últimos seis meses y el 84.46% no tiene acceso a los servicios de salud. Los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar. Al considerar el análisis cualitativo temático con entrevistas a profundidad los factores función cognitiva con calidad de vida se obtuvo las categorías empíricas: Aprender /re-aprender y enseñar; entre mis recuerdos y mis sentimientos e independencia y autonomía. Conclusiones: La valoración de la calidad de vida, solo con el SF-36, es incompleta sino se valora adicionalmente la función cognitiva.*

**Palabras claves:** Adulto mayor, calidad de vida, cuidados de enfermería.

#### **Abstract**

*This research conducted in the city of Celaya, Guanajuato. México, In 2011, was intended to determine the factors associated with quality of life of elderly people in urban areas. Methodology: descriptive or observational and correlational design, with a sample of 118 older adults attending three centers for the elderly. SF36 instruments, Mini-Examination (MMSE), and family support met the validity and reliability and information gathering was for interview. Results: age dominates the population 60 to 74 years 78.8%, predominantly female, with 70.5%,*

<sup>1</sup> Artículo elaborado en base a la Tesis Doctoral en Ciencias de Enfermería del Convenio Universidad de Guanajuato-México y Universidad Nacional de Trujillo-Perú. 2013.

<sup>2</sup> Doctora en Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo. Perú. Profesora TC de la Universidad de Guanajuato. México. Email. [guadalupenavarroelias@yahoo.com.mx](mailto:guadalupenavarroelias@yahoo.com.mx)

<sup>3</sup> Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Trujillo. Profesora Principal. Facultad de Enfermería de la UNT. Trujillo-Perú.

<sup>4</sup> Doctora en Enfermería Psiquiátrica de la Universidad de Ribeirão Preto Sao Paulo Brasil. Profesora Titular del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato. México. Email: [Ojeda5801@hotmail.com](mailto:Ojeda5801@hotmail.com)

<sup>5</sup> Doctora en Enfermería por la Universidad de Castilla La Mancha-España. Profesora principal de la Universidad de la Amazonia, Perú. Email: [maritzavilla59@hotmail.com](mailto:maritzavilla59@hotmail.com)

*51.7% married, 57.7% primary education, 72.9% receive an income, 47% normal cognitive function, 55% higher family support, 63.6% did not suffer illness the past six months and 84.46% have no access to health services. The factors that showed statistical significance were age and cognitive function with quality of life, and no family support. In considering the qualitative thematic analysis with in-depth interviews with cognitive function and quality of life was obtained empirical categories: Learn / re-learn and teach, in my memories and my feelings and independence and autonomy. Conclusions: Assessment of quality of life, only with the SF-36, is incomplete but additionally valued cognitive function.*

**Key words:** Elderly people, quality of life, nursing care.

## I. INTRODUCCIÓN

La globalización y su desigual repercusión en las condiciones de vida de la humanidad en distintas partes del mundo produjeron en los últimos años, profundos cambios económicos y sociales que afectan a poblaciones cada vez más envejecidas, hasta el punto en el que se observa el envejecimiento como uno de los principales problemas del siglo XXI, dado que está comprometiendo enormemente la calidad de vida de los adultos mayores y lo seguirá haciendo sino no se toma en cuenta, que ellos son también actores sociales de desarrollo y del progreso de los pueblos (Rodríguez, 2011:23).

Como consecuencia de los cambios degenerativos propios de esta etapa de la vida, el ser humano presenta deterioro y disminución en sus funciones, por tanto es de esperarse que se encuentren alteradas sus capacidades de cuidado, afectando el bienestar físico, mental y social y calidad de vida. Por lo que las personas mayores han de continuar con un nivel de participación y actividad en su cuidado que es esencial para vivir de la mejor manera posible y mejorar su calidad de vida (Villalobos, 2007:7)

Hablar de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de las personas, es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción

que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Schwartmann, 2003:56), cabe destacar que la calidad de vida no es solamente lo objetivo y lo concreto que rodea al ser humano, sino también la relación subjetiva que ello produce y el valor que se le concede (Álvarez, 1998:89). Junto con el proceso de envejecimiento se deben considerar las dimensiones de la calidad de vida y que pueden ser considerados como problema ante alguna situación para que el adulto mayor tenga calidad de vida: la edad de la persona trae consigo que la sociedad arrebatara todo a los viejos; el sexo, hombres y mujeres son valorados de forma distinta, encontrándose que las mujeres viven más que los hombres; la educación los adultos mayores escasamente demuestran haber cursado los primeros años de su formación escolar; el estado civil, se observa que la población adulta mayor en su mayoría son viudas; la morbilidad sentida, las personas adultas pueden llegar a padecer ciertas enfermedades, dependiendo del factor genético, de la vida que llevo el adulto mayor, de la situación nutricional, etc.; el acceso a los servicios de salud, no es para todos igual, la gran mayoría de los adultos mayores están fuera de los programas de atención sea por la inaccesibilidad de las instituciones o bien por no contar con una derechohabiencia. (Rodríguez, 2007: 12, 44)

Hay algunos problemas que afectan las funciones intelectuales de los individuos, siendo el resultado del funcionamiento global de las diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad.

En la región, de Celaya, Guanajuato-México, la mayoría de las instituciones del sector salud, que trabajan con adultos mayores desconocen los programas integrales que favorezcan el cuidado de esta población, si bien es cierto; se desarrollan actividades enfocadas a la recreación, aspectos espirituales, sociales y de desarrollo en estas personas, sin embargo; deja de atender de forma completa el cuidado que debe darse a la misma población. Es de esperarse, que el adulto mayor, se encuentre aislado para recibir la educación en salud, recibir los cuidados a emplearse y así poder elevar su calidad de vida. De la misma manera se observa que existe una falta de personal de enfermería capacitado en el desarrollo y aplicación de programas que eleven el autocuidado de dicha población, factores que sumándose generan una deficiente calidad de vida de los adultos mayores.

Dentro del área de la salud, calidad de vida es considerada como, la percepción que la sociedad tiene respecto de las condiciones globales de vida y que los traduce subjetivamente en sentimientos de bienestar, satisfacción, insatisfacción, felicidad o infelicidad (Cárdenas, 2001:234). En este contexto se inscribe la necesidad de conocer la calidad de vida del adulto mayor.

Por lo tanto la calidad de vida del adulto mayor se convierte en un reto y desafío que tendrá que enfrentar desde el

enfoque intersectorial, interdisciplinar de enfermería, en la medida que la calidad de vida de los adultos mayores de ahora y de los futuros envejecentes se convierte en un compromiso social y de derechos en el que la enfermería juega un rol muy importante porque el compromiso es con la vida de cada uno de los involucrados en el cuidado de enfermería y los adultos mayores no son la excepción situación que amerita investigarse, además por contar con poca producción científica con las variables estudiadas y muchas veces con un enfoque reduccionista y biológico, se pretende: Determinar los factores asociados a la calidad de vida de la persona adulta mayor en la zona urbana-México.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

Fue una investigación cualitativa, de tipo descriptivo u observacional y diseño correlacional, se realizó durante los años 2010-2012.

**El objeto de estudio** fue la persona adulta mayor de sexo femenino y masculino de la zona urbana, de 60 años y más y que asistían a los centros INAPAM. ISSSTE y Centro Gerontológico (Desarrollo Integral de la Familia) DIF con una antigüedad de 3 meses o más de pertenecer a los centros de apoyo al adulto mayor que existen en la ciudad de Celaya: (INAPAM) Instituto Nacional de Atención al Adulto Mayor, el Grupo de Adultos mayores del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Centro Gerontológico del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), estos tres centros atienden a 170 Adultos Mayores, de ambos sexos, se trabajó para la parte cuantitativa con 118 adultos mayores. Sin pretender que esta investigación sea también cualitativa, ni tampoco

demostrar que un enfoque es mejor que el otro, se ha considerado realizar entrevista a profundidad para conocer la variable asociada a la calidad de vida como es la práctica intelectual del adulto mayor, por ser variables también subjetivas, complejas, por lo que se aplicaron entrevistas a profundidad a 12 adultos mayores de la misma población de estudio, determinados por saturación de los discursos. Con la finalidad de tener amplitud, diversidad, profundidad, complejidad y mayor sentido de entendimiento de los datos y lograr una perspectiva más amplia del fenómeno, integral, completa, holística, de lo que estamos investigando y contribuir al conocimiento del fenómeno (Hernandez, Fernández, y Baptista, 2010).

**El instrumento** consta de 4 partes, la primera relacionada a los Factores asociados de calidad de vida, referidos a: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ingreso económico, servicio de salud con que cuenta, morbilidad sentida; y las otras relacionadas a los instrumentos de valoración de la función cognitiva (Lobo et al., 1978) denominado también Mini Examen Cognitivo de Lobo, este instrumento ha sido desarrollado a partir del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein y colaboradores (1975), esta escala cognitiva es la más utilizada tanto en el campo clínico como en el epidemiológico con el objetivo principal de cuantificar el potencial cognitivo y detectar los posibles desórdenes funcionales a nivel clínico de forma rápida y práctica (cribaje de deterioro cognitivo). Posee coeficiente de confiabilidad de 0.86. El test es fácil de interpretar y rápido de realizar. Explora y puntúa varias áreas, como la orientación témporo-espacial, la memoria inmediata y referida, la habilidad para el cálculo y la concentración, la denominación y repetición del lenguaje, las capacidades de lectura y escritura, capacidad de

abstracción, praxias de motora, ideatoria y constructiva gráfica. Consta de 11 ítems. La puntuación máxima es de 35 puntos mostrando una menor puntuación ante la existencia deterioro cognitivo, aunque presenta porcentaje de falsos positivos en sujetos de edad avanzada, bajo nivel educativo y déficits sensoriales. No existen puntos de corte estandarizados de deterioro para este tipo de población, debiendo interpretarse con cautela los resultados obtenidos y recomendándose el manejo de otros instrumentos de valoración cuando se quiera descartar un deterioro cognitivo (Pfeiffer, Blessed, etc.). Para el resto de la población el resultado por debajo de 24 puntos indica posible deterioro cognitivo. El punto de corte más equilibrado en pacientes geriátricos es de 23/24. La sensibilidad es de 89.6% y especificidad 75.1%. (Se califica así: Normalidad: 30- 35 puntos, Borderline: 25- 29 puntos, Deterioro leve: 20- 24 puntos, Deterioro moderado: 15- 19 puntos, Deterioro severo: menor o igual a 14 puntos). La Escala de Apoyo Familiar, elaborado por Leitón (1997:42,43), en base a los conceptos descritos en la tipología de Antonucci's y Kane en su teoría de apoyo familiar (Faucett y Wall, 1991). Desde su creación contó con confiabilidad de Spearman -Brown y Alfa de Crombach obteniendo 0.8814 y 0.8523 respectivamente, siendo altamente significativas. La Validez se realizó por convergencia con el Apgar Familiar de Smikstein encontrándose una correlación de 0.8611 la que mide rasgos en la misma dirección. En trabajos de investigación en Perú y México se están corroborando la validez y la confiabilidad tanto en personas adultas de la comunidad e institucionalizados. Consta de 3 partes en base a las formas de apoyo familiar: apoyo afectivo, apoyo a la estima y apoyo instrumental. Cada parte está constituida por 4, 3, y 3 ítems

respectivamente que fueron valoradas con la siguiente distribución: Siempre (S) = 3 puntos, A veces (AV) = 2 puntos, Nunca (N) = 1 punto. La escala tuvo un total de 30 puntos como máximo y 10 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles: Bajo grado de apoyo familiar (10 - 18 puntos), Moderado grado de apoyo familiar (19 - 25 puntos), Alto grado de apoyo familiar (26 - 30 puntos) y el Cuestionario de Calidad de vida relacionado con la salud (Short-Form, SF-36), de Ware y Sherbourne (1992), fue desarrollado durante el *Medical Outcomes Study* (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. El SF-36 en su idioma original mostró confiabilidad y validez. Se usó en más de 40 países en el proyecto *International Quality of Life Assessment* (iqola), está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo. En la validación realizada en España se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia completa con la ordinalidad original esperada, alta equivalencia con los valores originales y reproducibilidad aceptable. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación, en práctica clínica o de investigación debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación (López y cols, 2003: 568-573).

En la presente investigación los instrumentos fueron sometidos a la validez por jueces de expertos y la confiabilidad con el alfa de Cronbach: Cuestionario SF-36 de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) de 0.8500, Test Mini Mental State adaptado de lobo (MEC) de 0.8600 y Escala de

valoración del grado de Apoyo familiar de 0.919.

**Procedimiento:** El presente estudio de investigación se realizó en INAPAM, ISSSTE y el Centro Gerontológico para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de la ciudad Celaya, Gto. México. El protocolo se presentó al comité de investigación de la Universidad Nacional de Trujillo para su aprobación. Una vez autorizado, se realizó el procedimiento para la recopilación de la información para lo cual se localizó a los adultos mayores en los centros de atención de Celaya, se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de ellos y se aplicó el instrumento, se concentró la información en una base de datos, construida en SPSS (v.15.0), los resultados obtenidos se analizaron por medio de la estadística descriptiva y se procesaron en el mismo programa donde se compararon con la hipótesis planteada. Para la obtención de los datos cualitativos los datos fueron recolectados utilizando la técnica de la entrevista a través de una guía semiestructurada, elaborada por la investigadora sobre la práctica intelectual con calidad de vida. Las entrevistas fueron grabadas en cintas magnetofónicas, con el consentimiento de los entrevistados y garantizando el anonimato y confidencialidad. Se tomaron las notas respectivas de la entrevista como fecha, hora de inicio y término, así como las percepciones de la autora respecto a las informaciones. Durante el desarrollo de las entrevistas y procesamiento de datos, se respetó las consideraciones éticas y de rigor dado por los principios de auditabilidad, credibilidad y la transferibilidad (Guba y Lincoln, 1981: 77).

### III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Características de la población mayor según edad, sexo, estado civil,**

**escolaridad, ingresos económicos, cognición, apoyo familiar, morbilidad sentida y acceso a los servicios de salud de las personas adultas mayores de la zona urbana-México.**

La muestra estuvo compuesta por 118 personas mayores (71 mujeres y 47 varones). La edad media de la población en general fue de 70.3  $\pm$ 7.7 años, la mayoría de los encuestados (78.8%) tiene edad gerontológica joven inferior a

los 75 años. Más de la mitad (51.7%) es de estado civil casado y un 57.6% cuentan con estudios primarios y el 72% cuenta con ingreso económico.

La tabla 1 muestra la distribución porcentual de estas variables según sexo de los participantes, observándose que se trata de una población gerontológica joven, que difiere en estado civil con mayor viudez femenina ( $p < 0.01$ ), La mayoría tiene instrucción primaria y cuenta con ingreso económico.

**Tabla No.1**

Características sociodemográficas de los adultos mayores según sexo

Características	Femenino (n=71)		Masculino (n=47)		total (n=118)		
<b>Edad, M, (DE)</b>	70.5	(8.1)	70.0	(6.9)	70.3	(7.7)	NS
60 a 74 años, n (%)	54	(41.8)	39	(33.1)	93	(78.8)	
75 a 84 años	17	(14.4)	8	(6.8)	25	(21.2)	
<b>Estado Civil, n (%)</b>							**
Casado	28	(23.7)	33	(28.0)	61	(51.7)	
Viudo	38	(32.2)	8	(6.8)	46	(39.0)	
Separado	2	(1.7)	3	(2.5)	5	(4.2)	
Soltero	2	(1.7)	3	(2.5)	5	(4.2)	
Divorciado	1	(0.8)	0	(0.0)	1	(0.8)	
<b>Escolaridad, n (%)</b>							NS
Sin instrucción	2	(1.7)	2	(1.7)	4	(3.4)	
Primaria	46	(39.0)	22	(18.6)	68	(57.6)	
Secundaria	14	(11.9)	9	(7.6)	23	(19.5)	
Preparatoria	1	(0.8)	3	(2.5)	4	(3.4)	
Técnico	4	(3.4)	3	(2.5)	7	(5.9)	
Universitario	4	(3.4)	8	(6.8)	12	(10.2)	
<b>Ingreso económico n (%)</b>							NS
Si	47	(66.2)	39	(83.0)	86	(72.9)	
No	24	(33.8)	8	(17.0)	32	(27.1)	

\*\*  $p < .01$ , NS= no significativo.

**Fuente:** cuestionario Factores asociados a la Calidad de vida de la persona adulta mayor en área urbana-México 2013.

Referente a la morbilidad sentida, el 63,6% de los adultos mayores evaluados manifiesta que no ha sufrido alguna enfermedad y el 36,4% si lo padece. No habiendo diferencia en cuanto al sexo.

En cuanto al acceso a servicios de salud el 86,4% si lo tiene y el 13,6 no.

Siendo ligeramente más alta el acceso en las mujeres (87.3%)

**Función cognitiva**

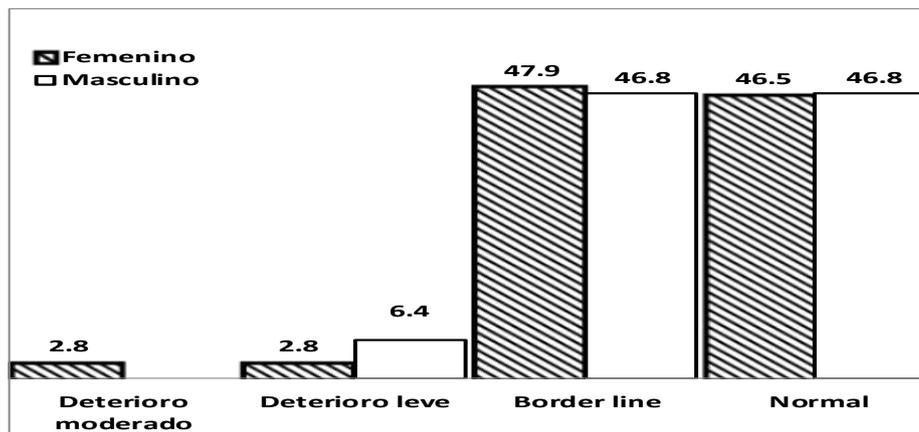
El 47% de los adultos mayores evaluados muestra función cognitiva normal, otro 47% border line, 4%

deterioro leve y 2% deterioro moderado. Es decir que en forma mayoritaria, la cognición de los adultos mayores tiene algún grado de afectación.

El grafico 1 muestra la distribución porcentual de la cognición según el sexo

de la persona mayor, observándose que las categorías de medición de la cognición se comportan en forma similar en ambos sexos.

Grafico No. 1  
Cognición de adultos mayores, según sexo



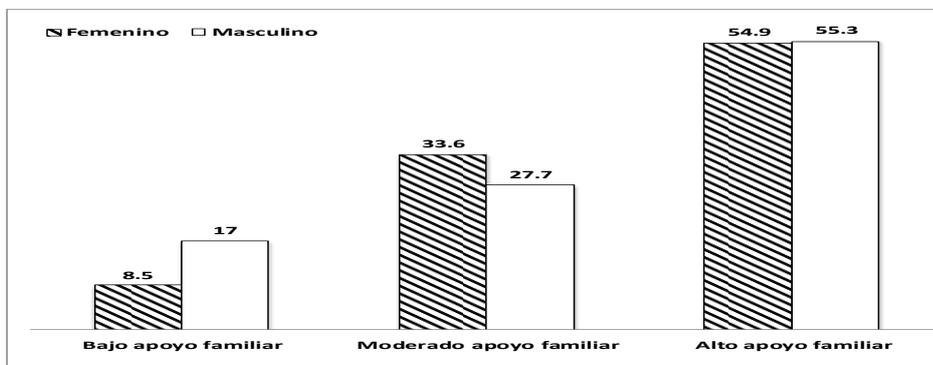
**Fuente:** cuestionario Factores asociados a la Calidad de vida de la persona adulta mayor en área urbana-México 2013.

### Apoyo familiar

En forma global, el 55% de los adultos mayores evaluados muestran alto apoyo familiar, 33% moderado apoyo familiar y 12% bajo apoyo familiar.

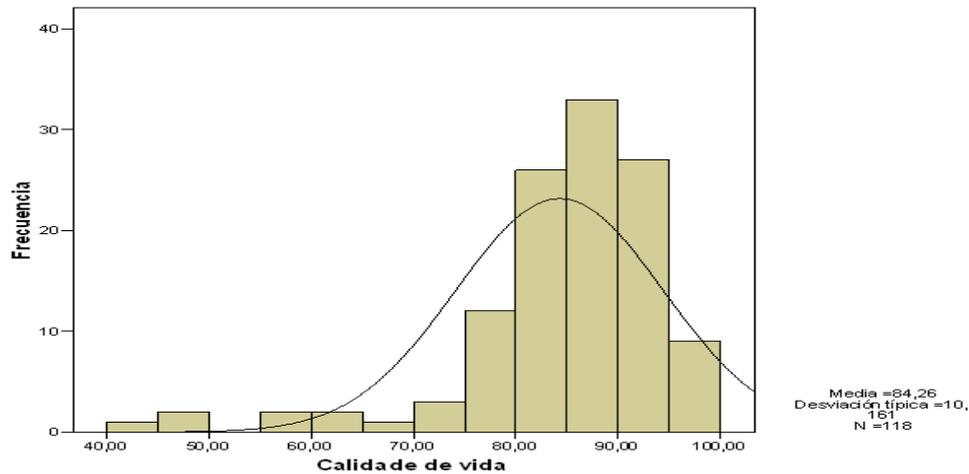
El gráfico 2 presenta la distribución porcentual del apoyo familiar según sexo, observándose que en forma mayoritaria, las mujeres adultas mayores son las que informan mayor apoyo familiar que los varones mayores (88.5% y 83% respectivamente).

Grafico No. 2  
Apoyo familiar de adultos mayores según sexo



**Fuente:** cuestionario Factores asociados a la Calidad de vida de la persona adulta mayor en área urbana-México 2013.

Gráfico No. 3  
Calidad de vida de adultos mayores



**Fuente:** cuestionario Factores asociados a la Calidad de vida de la persona adulta mayor en área urbana-México 2013.

EL promedio de la calidad de vida de los adultos mayores medida con el SF36 fue de  $84.26 \pm 10.0$  puntos, valor mínimo 40 y puntuación máxima 100.

De acuerdo a los percentiles, el 75% de los adultos alcanzó 90 puntos o menos, el 50% alcanzó 86 puntos o menos y sólo el 25% obtuvo 82 puntos o menos.

Tabla No. 2

Dimensiones de la Calidad de Vida de adultos mayores

	D. rol físico	D. Función física	D. Dolor corporal	D. Vitalidad	D. Salud general	D. Función social	D. Rol emocional	D. Salud mental
Media	78.87	71.43	48.64	62.29	59.85	62.54	84.75	64.02
Mediana	81.50	75.00	45.00	63.00	61.50	60.00	100.00	67.00
Desv. típ.	19.70	19.05	21.39	13.80	12.50	14.33	20.10	12.29
Rango	50.00	67.00	82.00	75.00	60.00	70.00	50.00	66.00
Mínimo	43.00	33.00	18.00	17.00	23.00	30.00	50.00	17.00
Máximo	100.00	100.00	100.00	92.00	83.00	100.00	100.00	83.00

**Fuente:** cuestionario Factores asociados a la Calidad de vida de la persona adulta mayor en área urbana-México 2013.

La tabla muestra a través de las medias que las dimensiones que tienen mejor calidad de vida son rol emocional (84.75), rol físico (78.87) y función física (71.43), y las más bajas se ubican en dolor corporal (48.64), salud general (59.85) y vitalidad (62.29).

**Matriz de correlación de factores asociados de la calidad de vida en adultos mayores**

		1 edad	2 apoyo	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Edad	-														
2	Apoyo familiar	-0.027	-													
3	Orientación	<b>-.363(**)</b>	0.175	-												
4	Memoria de Fijación	<b>-.242(**)</b>	0.086	.203(*)	-											
5	Concentración	<b>-.269(**)</b>	.203(*)	<b>.298(**)</b>	0.073											
6	Lenguaje	<b>-.335(**)</b>	.234(*)	0.146	-0.018	-										
7	Cognición	<b>-.439(**)</b>	<b>.270(**)</b>	<b>.590(**)</b>	.197(*)	<b>.609(**)</b>	-									
8	D. rol físico	<b>-.210(*)</b>	.234(*)	.185(*)	-0.098	0.163	<b>.250(**)</b>	-								
9	D. función física	<b>-.369(**)</b>	<b>.332(**)</b>	<b>.303(**)</b>	.222(*)	<b>.275(**)</b>	<b>.383(**)</b>	<b>.632(**)</b>								
10	D. dolor corporal	.202(*)	<b>-.370(**)</b>	-0.139	-0.062	-0.145	-0.215(*)	<b>-.674(**)</b>	<b>-.574(**)</b>	-						
11	D. Vitalidad	-0.121	.214(*)	0.026	.210(*)	0.144	0.103	<b>.366(**)</b>	<b>.483(**)</b>	<b>-.255(**)</b>	-					
12	D. Salud general	0.096	-0.180	0.038	-0.008	-0.026	-0.025	<b>-.295(**)</b>	-0.187(*)	<b>.466(**)</b>	0.084	-				
13	D. Función social	0.055	-.195(*)	-0.132	-0.009	-0.073	-0.042	<b>-.264(**)</b>	-0.166	<b>.294(**)</b>	-0.059	<b>.374(**)</b>	-			
14	D. Rol emocional	0.035	-0.120	-0.055	-0.078	0.028	0.016	-0.191(*)	-0.233(*)	<b>.346(**)</b>	-0.157	0.173	<b>.243(**)</b>	-		
15	D. Salud mental	-0.040	0.044	0.003	0.114	0.027	-0.027	0.118	<b>.293(**)</b>	-0.017	<b>.625(**)</b>	<b>.360(**)</b>	0.051	-0.022	-	
16	Calidad de vida	<u>-.191(*)</u>	0.118	0.158	<u>.182(*)</u>	0.150	<u>.198(*)</u>	<b>.309(**)</b>	<b>.619(**)</b>	-0.025	<b>.737(**)</b>	<b>.465(**)</b>	<u>.200(*)</u>	0.042	<b>.777(**)</b>	-

Fuente: cuestionario Factores asociados a la Calidad de vida de la persona adulta mayor en área urbana-México 2013.

Las características que mostraron correlación o afectaron la calidad de vida de los adultos mayores evaluados son la edad, y la cognición.

La edad correlacionó en forma inversa o negativa con las puntuaciones de la calidad de vida ( $r=-0.190$ ), es decir, cuanto mayor es la edad del adulto mayor, menor es la puntuación de la calidad de vida ( $p<0.05$ ).

En cuanto a asociación de la función cognitiva y calidad de vida, la puntuación total de la cognición correlacionó en forma directa o positiva con la calidad de vida obteniéndose un ( $r= 0.192$ ); esto significa que, a mejor puntuación de la escala de cognición, mayores puntuaciones de calidad de vida ( $p<0.05$ ). Es decir los que tienen la función cognitiva íntegra tienen mejor calidad de vida en comparación a los que tienen algún deterioro cognitivo además la calidad de vida salió altamente significativa con la función cognitiva en 6 de las dimensiones de la calidad de vida en la función física, dolor corporal, vitalidad, salud general, función social y rol emocional. La calidad de vida fue mejor en los adultos mayores sin deterioro (84.42) que los adultos mayores con deterioro (78.00).

En esta investigación la calidad de vida con el estado cognitivo también se complementó con entrevista a profundidad a fin de que se conociera través de sus propias palabras la relación de las variables, dado que el análisis es cualitativo. Conociendo como los adultos mayores se desempeñan en cada una de las funciones cognitivas: habilidades motoras, atención, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas y que evidencian una buena calidad de vida.

Después del análisis cualitativo obtenido de las entrevistas a profundidad realizadas a las personas adultas mayores que participaron en la presente investigación y que nos permitió develar

la calidad de vida durante su vejez desde su funcionalidad cognitiva:

- Aprender /re-aprender y enseñar
- Entre mis recuerdos y mis sentimientos e,
- Independencia y Autonomía

#### **Aprender /re-aprender y enseñar**

El proceso de aprender puede ser definido como la manera en como procesamos nuevas informaciones y experiencias, como las manipulamos, almacenamos, relacionamos y recuperamos, sin embargo si no tiene sentido para el que lo aprende deja de ser importante como lo expresan en el discurso:

(...) *“Me gusta mucho aprender, cuando vamos al grupo nos enseñan algunos temas sobre el envejecimiento y también nos ayudan dándonos estrategias de apoyo para cuando tengamos alguna limitación por la edad o por alguna enfermedad. (Pedro 89 años)*

Según la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel (1976:34) es el proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento o información con la estructura cognitiva que ya tiene el que aprende reajustando y reconstruyendo ambas informaciones en este proceso.

En el aprendizaje que realizan los adultos mayores la atención y la concentración juega un rol muy importante y ellos expresan así:

(...) *“Pongo atención a todo, yo arreglo planchas, licuadoras y otros aparatos eléctricos por lo es necesario que entienda lo que el cliente me dice para poder arreglar sus aparatos y hacer mejor mi trabajo (José 62 años)*

La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la

actividad psicológica.

Los adultos mayores también expresan que tener una buena función cognitiva es tener inteligencia, saber afrontar y solucionar los problemas como lo expresan en el siguiente discurso:

(...) *“A mí me da gusto de que yo sea inteligente, que esté preparada para que mi mente este al pendiente de todo... me refiero a que mi mente la haya enseñado a pensar, a actuar rápido a que no se me olviden las cosas, a hacer cuentas rápido en la mente sin necesidad de usar esos aparatitos, como los de ahora... entonces si una persona es así, aunque sea de mi edad pues eso no se olvida, a lo mejor uno se hace más lento por lo mismo que uno ya se hace viejito, verdad y el mismo cuerpo no ayuda a que uno sea como antes, pero la inteligencia esa si dura a menos que uno esté enfermo de la cabeza entonces si la inteligencia se acaba”* (Rosario 85 años)

El proceso de razonar requiere de una serie de habilidades para resolver problemas. Esta capacidad de resolución de problemas cotidianos está asociada a una serie de habilidades que se conocen, como funciones ejecutivas. Fernández – Ballesteros (2009:89) dicha expresión hace referencia a conductas y capacidades cognitivas superiores, como: la plasticidad cerebral (habilidad que tiene el cerebro de cambiar estructuras en respuesta factores internos y externos), (Calero y Navarro 2006: 25-35), a las inteligencias múltiples (capacidad de comprender el entorno y utilizar ese conocimientos para aprender y re aprender y a adaptarse a las circunstancias de la vida) (Mauk 2008: 572)

Los adultos mayores también evidencian una buena función cognitiva cuando practican juegos y se divierten:

(...) *“Me gusta, jugar ajedrez y domino lo hago una vez a la semana con mis amigos y los fines de semana con mis*

*hermanos, también me gustan algunos juegos de mesa no los practico mucho, y las actividades culturales me encantan cuando hay obras de teatro, voy, cuando viene la sinfónica, voy a verla, (Luis 60 años)*

El juego es algo más que una diversión o entretenimiento. El juego es una de las técnicas lúdicas creativas que apuntan a trabajar sobre el vínculo entre las personas mayores y su entorno social. También el juego como elemento ideal para el aprendizaje porque se desarrollan niveles distintos de su experiencia personal y social, ayuda a construir nuevos descubrimientos, desarrolla y enriquece la personalidad y simboliza el instrumento pedagógico para conducir, estimular y evaluar el aprendizaje (Antúnez: 2012:32)

Pero el adulto mayor no solo le gusta aprender sino también enseñar y enseñar para la vida, así lo expresan:

(...) *“Me gusta mucho enseñar las recetas de cocina a la familia o a las personas conocidas, me gusta enseñar puntadas de tejido, y hasta me entretengo un rato, me gusta mucho enseñar”* (Sara 79 años).

Según Paulo Freire (2009:45-78) Aprender fue primero que enseñar. Enseñar no existe sin aprender. Al comparar, repetir, dudar, curiosar, experimentar, las personas desarrollamos la fuerza creadora del aprendizaje, nos hacemos curiosos y críticos. Comenzamos a aprender críticamente, lo que incluye aprender a pensar correctamente.

En este proceso del funcionamiento cognitivo de aprender y re-aprender también la mente a través de su cotidiano vivir encuentra espacios, motivos para dar pase y riendas sueltas a la creatividad, al desarrollo de dimensiones las elevadas de la persona creando y recreando como lo evidencia el siguiente discurso:

(...) *“Yo escribo me gusta hacer*

*poemas, me gusta leer, leo novelas, libros de superación personal, historias, de todo, leo revistas en fin leo todo lo que puedo, me gusta escuchar a la sinfónica, me gustan las obras de teatro, los recitales, sean profesionales o no, todos los disfruto, esas actividades alimentan el alma y me dan la oportunidad de valorar más la vida. (Antonio 65 años)*

La creatividad en la vejez, es posible porque no existen límites para desarrollarse según la edad, sin embargo hay que tener en cuenta los cambios propios en la cognición en la vejez aunado a esto factores personales, familiares, ambientales y culturales del diario vivir.

### **Entre mis recuerdos y mis sentimientos**

La memoria es una de las funciones más importantes del cerebro humano. Sin ella no se podría razonar, comunicarse o hacer planes para el futuro. Sin embargo, a pesar de la importancia de la función mental, probablemente usted solo se acuerda de la memoria cuando le ha fallado o actúa de modo inexplicable. Casi todas las personas a medida que van envejeciendo se van haciendo mayores, experimentan ciertas pérdidas de memoria, no sólo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre, sino también porque les resulta más difícil retener nuevas informaciones, nuevos datos o nuevas caras.

Los adultos mayores expresan sus recuerdos, sus alegrías, sus tristezas y sus amores y también sus olvidos a través del siguiente discurso:

*(...) “Me acuerdo muy bien de las novelas, de las películas de antes hasta mis nietos me dicen, que como le hago para recordar mejor las películas de antes y no las de ahora que las acabamos de ver, y la verdad no lo sé, supongo que es porque antes era joven” María 79 años)*

La memoria es una de las funciones cognitivas que más preocupa conforme envejecemos, siendo la queja subjetiva más frecuente y constante desde el principio de esta etapa hasta edades avanzadas, afectando a cuestiones cotidianas y percibiéndola como un proceso de difícil solución. (Ballesteros, 2007: 17).

La memoria está unida al funcionamiento emocional, porque ninguna vivencia es aislada de las emociones:

*(...) “Yo recuerdo con la música a mi mamá, a ella le gustaba cantar y luego hasta inventaba canciones, con el color recuerdo a mi esposo, a él le gustaban las camisas azul cielo”. (Sara 79 años)*

La memoria es la capacidad de retener y recordar. Es decir retener lo que sucede en el presente y lo que le interesa y recordar se refiere a traer al presente lo que se ya se conoce. La memoria es condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. Cuando la memoria se afecta podemos olvidar por desuso, interferencia, represión o por enfermedades, de ahí la importancia del mantenimiento de la memoria porque conservarla posibilita el fortalecimiento de la identidad, rescatar la cultura inmensamente rica, la historia, la tradición guardada en la memoria de aquellos hombres y mujeres que apostaron sus sueños en la construcción de sus historias de vida. Además sirven como nexos en la socialización de las nuevas generaciones y sobre todo viven sus emociones y sentimientos que le alimentan el alma

### **Independencia y autonomía**

Una de las funciones cognitivas son las habilidad motoras. A menudo se alude al movimiento humano como “destrezas motoras” o “habilidades motrices”, que a su vez, pueden ser

groseras o finas. Las habilidades motrices fundamentales comprenden básicamente, la destreza manual, la marcha (es decir la capacidad de caminar) y el mantenimiento de la postura. (Reolid y cols, 2005: 59, mencionado por Boggio: 2009). No podemos eludir que a las habilidades motoras esta unida la independencia funcional y autonomía que en la vejez son los principales componentes del envejecimiento activo bienestar.

Los adultos mayores mantienen sus habilidades motoras y además enfatizan que eso les da independencia y autonomía, como lo expresan los siguientes discursos:

(...) *“A mí me gusta hacer mis cosas, no me gusta que ayuden a vestirme yo puedo hacerlo sola, ahora uso ropa fácil de ponerme y de abrocharme, pero lo hago yo sola, me gusta servirme de comer, no me gusta sentirme inútil”* (Rosario 85 años)

El envejecimiento saludable ha sido asociado a la capacidad de preservar altos niveles de funcionalidad física y cognitiva. Por ende, uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas mayores es la función cognitiva, puesto que su deterioro afecta la capacidad de vivir en forma independiente y productiva Villanueva (2009:26). Las conclusiones de un número importante de estudios realizados sobre los mayores (Park, 2008:67) revelan que un porcentaje muy elevado de personas llega a la vejez en buenas condiciones físicas y psicológicas, con ganas de disfrutar de la vida y de seguir manteniéndose activos. Sin embargo la pérdida de independencia para manejarse en las actividades de la vida cotidiana es uno de los factores que más influye en la variabilidad del estado de ánimo de las personas generando sentimientos de frustración y de impotencia afectando su calidad de vida.

Finalmente los adultos mayores se

sienten felices porque mantienen todas sus facultades mentales:

(...) *“Para mí es una bendición de Dios que un adulto o un viejo como yo podamos estar activos en la forma de pensar, es decir que me adapte a las nuevas generaciones, que las entienda, también es estar consciente de mi proceso de vida, es decir, de que mi cuerpo envejece y todas mis funciones, pero que la pueda aceptar con agrado que pueda aprender a vivir con ello, que pueda echar a andar esa máquina que tengo en la cabeza para realizar operaciones matemáticas, para que pueda leer un libro y lo pueda analizar o por lo menos entender, que pueda realizar lo que necesite para estar bien y en armonía con mi ser y con mi entorno es decir saber vivir con lo que tengo”* (Pedro 89 años)

(Rivera, 2004:27, mencionado por Mejía 2007)) La cognición la compone una compleja red de procesos psicológicos como las percepciones, pensamientos, recuerdos, motivaciones, emociones, afectos, etc., que se organizan en el individuo ante un ambiente determinado, procurando la más afectiva de las adaptaciones ante demandas en continuo cambio. En circunstancias normales se estima que durante el envejecimiento hay un equilibrio entre el declive fisiológico de algunas facultades intelectuales y la experiencia acumulada, es decir que si el adulto mayor continúa aplicando sus capacidades intelectuales en coordinación con las experiencias adquiridas durante su vida y las ejercita constantemente, vivirá con mejor calidad de vida durante su vejez.

#### IV. DISCUSIÓN

Priorizando los resultados podemos considerar en cuanto a la edad que la mayoría de los encuestados (78%) tiene edad gerontológica joven inferior a los 75 años, los resultados son similares a los

reportados por Ramírez y cols (2008), Villanueva y cols (2010), Marín y Castro (2011), Coronado y cols (2009) Peña y cols (2007) entre otros. Para Rodríguez (2007) el incremento de la población adulta mayor en nuestra sociedad es un hecho evidente que demuestra por una parte, unas mejores condiciones vitales y sociales que han facilitado el aumento de la esperanza de vida y por otra la necesidad de que sean acometidas políticas sociales acordes con esta nueva realidad.

En cuanto a asociación de la función cognitiva y calidad de vida, la puntuación total de la cognición correlacionó en forma directa o positiva con la calidad de vida obteniéndose un ( $r= 0.192$ ); esto significa que, a mejor puntuación de la escala de cognición, mayores puntuaciones de calidad de vida ( $p<0.05$ ). Es decir los que tienen la función cognitiva íntegra tienen mejor calidad de vida en comparación a los que tienen algún deterioro cognitivo además la calidad de vida salió altamente significativa con la función cognitiva en 6 de las dimensiones de la calidad de vida en la función física, dolor corporal, vitalidad, salud general, función social y rol emocional. La calidad de vida fue mejor en los adultos mayores sin deterioro (84.42) que los adultos mayores con deterioro (78.00). Guerra (2003:339) La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Los individuos que envejecen "exitosamente" es decir, muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; algunos adultos mayores sufren la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las

de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas mientras que otros sufren condiciones como el Alzheimer. Ashman (1999:1219) además de la disminución de la función cognitiva propia del envejecimiento y la presencia de algunas patologías favorecen la disminución cognitiva en el adulto mayor. Iraizos (1999:783) todas esas condiciones dan lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término deterioro cognitivo que se trata de un término, que si bien no especifica la función o funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un Por ello conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida.

## V. CONCLUSIONES

Del análisis y discusión se llegó a las siguientes conclusiones empíricas:

1.- Las características de la población de estudio es que el 70.5% son mujeres, 78.8% tiene edad inferior a los 75 años, 51.7% es casado, el 57.6% cuentan con estudios primarios, 72% cuenta con ingreso económico. El 47% presentaron función cognitiva normal y el 47% *border line*, 55% tuvo alto apoyo familiar, 63.6% de los adultos mayores manifiesta que no ha sufrido alguna enfermedad durante los últimos seis meses y el 86.4% tiene acceso a los servicios de salud y el 13.6%.

2.- El promedio de la calidad de vida fue de  $84.26 \pm 10.0$  puntos, las dimensiones que tienen mejor calidad de vida son rol emocional (84.75), rol físico (78.87) y función física (71.43), y las

más bajas se ubican en dolor corporal (48.64) , salud general (59.85) y vitalidad (62.29).

3.- En la comparación de la calidad de vida con los factores asociados se encontraron

- En la calidad de vida de acuerdo al sexo, las mujeres mostraron media ligeramente más altas que los varones (84.83±8.12). No significancia estadística.
- En la calidad de vida de acuerdo a la edad, los adultos mayores de (60 a 74 años) mostraron media ligeramente más altas más que los de 75 años a más. No significancia estadística, sin embargo si hubo significancia estadística en las dimensiones rol físico, función física y dolor corporal de calidad de vida.
- En la calidad de vida de acuerdo al estado civil, los adultos mayores casados mostraron mejores puntuaciones en las medias de calidad 82.94±11.25 que los sin pareja. No significancia estadística.
- En la calidad de vida de acuerdo a escolaridad, los adultos mayores con primaria y menos mostraron mejores puntuaciones medias de 85.31±8.79. que los de secundaria a más. No significancia estadística. Sin embargo si hubo significancia estadística en la dimensión de vitalidad de calidad de vida.
- En la calidad de vida de acuerdo a ingresos económicos, los adultos mayores sin sueldo mostraron mejores puntuaciones medias de 85.03±6.83, que los con sueldo. No significancia estadística. Sin embargo si hubo significancia estadística con la dimensión rol físico, dolor corporal y rol emocional de la calidad de vida.
- En la calidad de vida y la función cognitiva los adultos mayores sin

deterioro cognitivo mostraron mejores puntuaciones medias de 84.42±10.18, que los con deterioro. No significancia estadística. Sin embargo si hubo significancia estadística con la dimensión rol físico de la calidad de vida.

- En la calidad de vida y el apoyo familiar los adultos mayores con apoyo familiar alto exhibieron mejores puntuaciones medias 84.46±10.44, que los de bajo y moderado apoyo. No significancia estadística. Sin embargo si hubo significancia estadística con la dimensión función física, dolor corporal, vitalidad, salud general, función social, rol emocional de la calidad de vida.
- En la calidad de vida y la morbilidad sentida los adultos mayores que refirieron alguna enfermedad en los últimos seis meses, presentaron ligeramente mejores medias de 84.97±9.48 con lo que no refirieron alguna enfermedad. No significancia estadística. Sin embargo si hubo significancia estadística con la dimensión dolor corporal de la calidad de vida.
- En la calidad de vida y el acceso a los servicios de salud los adultos mayores que no tiene acceso a los servicios de salud presentaron ligeramente mejores medias de 84.56±6.66 (t=0.18, gl=116, p=0.850) que los adultos mayores que si tienen acceso. No significancia estadística.

4.- Las variables que mostraron correlación o afectaron la calidad de vida de los adultos mayores evaluados son la edad y la cognición. No correlaciona el apoyo familiar.

- La edad correlacionó significativamente en forma inversa o negativa con las puntuaciones de la

calidad de vida ( $r=-0.190$ ), es decir, cuanto mayor es la edad del adulto mayor, menor es la puntuación de la calidad de vida ( $p<0.05$ ).

- La función cognitiva tuvo una correlación altamente significativa en forma directa o positiva con la calidad de vida obteniéndose un ( $r=0.309$ ); esto significa que, a mejor puntuación de la escala de cognición, mayores puntuaciones de calidad de vida ( $p<0.05$ ).
- El apoyo familiar no correlacionó significativamente en forma directa con la calidad de vida. Sin embargo si correlacionó en forma directa en 6 de las 8 dimensiones de la calidad de vida: dimensión rol físico ( $r=0.234$ ), función física ( $r=0.334$ ), vitalidad ( $r=0.212$ ) y dimensión rol emocional ( $r=0.409$ ) y en forma inversa con la dimensión dolor corporal ( $r=-0.409$ ) y función social ( $r=-.192$ ).

5.- Después del análisis cualitativo a los discursos obtenidos de las entrevistas a profundidad realizada a las personas adultas mayores sobre calidad de vida asociada la función cognitiva se obtuvieron las siguientes categorías empíricas:

- Aprender /re-aprender y enseñar
- Entre mis recuerdos y mis sentimientos
- Independencia y autonomía

6.- A partir de esta investigación, para valorar la calidad de vida, solo con el SF-36, resulta incompleta, si no se valora adicionalmente la función cognitiva.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alvarez A, Quadros R, Takase L. (1998) **Calidad de vida en la vejez**. Revista Gerokomos, 1998; vol. 9 (3): 107-114.

Antunes, C. (2012). **Juegos para estimular las inteligencias múltiples**. Colombia. Narcea.

Ausubel. D.P. (1976) **Psicología evolutiva**. Un punto de vista cognoscitivo. Ed. Trillas. México.

Ashman T., Mohs R.,Harvey P. **Cognition and Aging. En: Hazzard W. Et al,ed. Principles of geriatric medicine and gerontology**. 4 ed. McGraw Hill. 1999. P. 1219.

Ballesteros J. S. (2007) **Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales**. Editorial universitaria, S.A. Madrid.

Boggio Juárez Manuel José (2009) **Calidad de vida, salud mental y la familia del adulto mayor**. Geriatria y Gerontología. Revista electrónica Portales Medicos.com

Cárdenas V. Salazar B. (2001) **El adulto Mayor y su Calidad de Vida**. Revista Desarrollo Científico de Enfermería; vol. 9 (2): 35 – 40.

Coronado Gálvez Juan Mavhier. Díaz Vélez Cristian. Apoloya Segura Moisés Alexander. Manríquez González Luis Miguel. Arequipa Benavides Juan Pablo. (2009) **Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo**. Acta Medica Peruana. 26 (4)

Fawcett J, Wall A. (1991) Family Theory Development un Nursing Company. Philadehia. P 216-221.

- Fernández Ballesteros R. (2009). **Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada.** España. Piramide.
- Freire Paulo. (2009) **A la sombra del árbol.** Editorial El Roure. ISBN 97884479760137.
- Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). **“Mini-Mental State” a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician.** Journal of Psychiatric Research, 12(3); 189-198.
- Guba EG y Lincoln YS (1981) Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey.
- Guerra M. (2003) Enfermedad de Alzheimer. En: Varela L., ed. **Principios de Geriatria y Gerontología,** Lima: Centro editorial UPCH. P. 339
- Hernández R. Fernández C. y Baptista P. (2010) Metodología de la investigación. 5ª. Ed. Chile. McWraw-Hill Interamericana.
- Iraizoz I. Valoración Geriátrica integral (II). **Valoración nutricional y mental em el anciano, Servicio de Geriatria. Hospital de Navarra,** Pamplona. Vol. 22. Suplemento 1
- Leiton, Z. (1997) **Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación social y apoyo familiar.** Tesis de maestría. Universidad Nacional de Trujillo. P. 42-43.
- López Valero A., Encabo Fernández E. (2003) **La comunidad punto de encuentro para todas las personas: Retomando la primigenia idea del estado de bienestar frente al neoliberalismo.** En Medina M., y Ruiz M. J. (coords): Políticas Sociales para las personas mayores en el próximo siglo. Murcia. P. 343-349.
- Marin Monroy Cristina, Castro Molinares Suly. (2011) **Adulto mayor en Santa Marta y Calidad de vida.** Presentado 9 abril del 2011. Aprobado 22 junio 2011. Revista Memorias: 2011;9 (16) 120 – 129
- Mejía Arango Silvia y colaboradores (2007) **Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México.** Rev. Salud Publica, México. 49 supl 4:5475-5481. Vol. 49.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). **Estadísticas Sanitarias Mundiales.** (Clasificación NLM: WA 900.1) Ginebra.
- Park D. (2002) **Envejecimiento Cognitivo.** Editorial Médica Panamericana. Madrid. 10-22.
- Ramírez Vélez Robinson. Agredo Ricardo A. M. Jerez Alejandra. Y Chapal Lilian. (2008) **Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia.** Rev. Salud Publica 10 (4):529-536
- Rodríguez G. R., Lazcano B. G. A. (2011) **Practica de la Geriatria.**

Tercera edición. Editorial. McGraw Hill. México.

Rodríguez N. (2007). **Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos.** Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año VI N°17

Schwartzmann Laura. (2003) **Calidad de Vida relacionada con la**

**salud: Aspectos conceptuales.** Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21, I.S.S.N 0717-2079. pp.9.

Villanueva Benites Maritza E. y colaboradores. (2009) **Factores predictores de la calidad de vida de personas mayores de Iquitos,** Universidad nacional de Amazonia Peruana. Instituto de Investigación.