



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 26 No. 1

Marzo de 2023

CALIDAD DE VIDA E IMPLICACIONES CLÍNICAS EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS

Elizabeth Guadalupe Álvarez Jiménez¹, Julia Marisol Martínez Miramontes² y Liliana Jazmín Salcido Cibrián³.
Universidad Autónoma de Sinaloa
México

Resumen

La vejez conlleva transiciones culturales además de los cambios físicos y psicológicos, visibilizando que la vejez no es proceso inamovible y sistemático, e influyen en las condiciones que están suscitan. La Calidad de Vida incluye diversidad tanto de necesidades como la percepción ante la satisfacción de estas (Bendikova y Batik, 2015; García y Froment, 2018), el desempeño cognitivo, la forma de afrontar la rutina diaria y el disfrute de las actividades de ocio (Martínez-Carrillo, 2017). El objetivo del presente estudio es identificar la percepción de calidad de vida en adultos mayores. Se realizó un estudio cuantitativo con 32 adultos mayores con $M= 74.27$. Los resultados mostraron que, en las implicaciones clínicas, el adulto mayor considera que sus habilidades físicas han afectado su independencia o desempeño en sus actividades cotidianas debido a la presencia de distintos cambios que han modificado su estilo de vida. Por otro lado, cuentan con redes de apoyo que permiten la protección y seguridad de sí mismos. Además, reconocen las necesidades médicas que presentan y actúa de forma activa para el mantenimiento de su salud aceptando el apoyo que brindan los profesionales de la salud para la guía de su tratamiento.

Palabras claves: Envejecimiento, fragilidad, INCAVISA, autocuidado, salud mental, pérdidas.

¹ Licenciada en psicología. Universidad Autónoma de Sinaloa. Alvarezelizabeth11@hotmail.com

² Doctora en psicología con énfasis en cognición humana. Universidad Autónoma de Sinaloa. miramontes@uas.edu.mx

³ Autor de correspondencia. Doctora en psicología de la salud. Universidad Autónoma de Sinaloa. Salcido.cibrian@uas.edu.mx

QUALITY OF LIFE AND CLINICAL IMPLICATIONS IN OLDER MEXICAN ADULTS

ABSTRACT

Old age brings cultural transitions as well as physical and psychological changes, making visible that old age is not an immovable and systematic process, and they influence the conditions that these give rise to. Quality of life includes diversity of both needs and the perception of their satisfaction (Bendikova y Batik, 2015; García y Froment, 2018), cognitive performance, coping with daily routine and enjoyment of leisure activities (Martínez-Carrillo, 2017). The objective of this study is to identify the perception of quality of life in older adults. A quantitative study was conducted with 32 older adults with $M= 74.27$. The results showed that, in the clinical indications, the elderly consider that their physical abilities have affected their independence or performance in their daily activities due to the presence of different changes that have modified their lifestyle. On the other hand, they have support networks that allow the protection and security of themselves. In addition, they recognize the medical needs they present and act actively to maintain their health, accepting the support provided by health professionals to guide their treatment.

KEYWORDS: Aging, frailty, INCAVISA, self-care, mental health, losses.

El abordar a la población de adultos mayores, como una de las etapas de la vida, implica encuadrar la diferencia existente entre el envejecimiento y la vejez, puesto que aun cuando se utilizan como sinónimos, se plantea una diferencia entre ambos constructos teóricos. El envejecimiento es un proceso continuo, universal y de manera intrínseca determinado por la genética que, a su vez, el individuo experimenta alteraciones biológicas como las funciones biológicas y, en última instancia el acercamiento a la muerte (Llanes-Betancourt, 2008). Por el contrario, la vejez es solo un estado de la vida, del ser humano (Fernández-Ballesteros, 2004). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 declara que, la población mundial se encuentra envejeciendo progresivamente, puesto que, a partir de los 60 años esta población aumentara un 22.0%, y resultado de este en el año 2050, en Europa representara un 34.0%, en Asia, América latina y el Caribe un 25.0%. En México, se registra un 12.3% en donde un 6.7% son mujeres y un 5.6% hombres, mientras que en Sinaloa la población de adultos mayores representa un 12.8% de la población en el estado (INEGI, 2020).

Dulcey-Ruiz y Uribe (2002) categorizan el envejecimiento, en el envejecimiento primario y secundario. El primero engloba cambios en el aspecto biológico y el envejecimiento secundario se centra en los cambios que surgen en la sociedad y la psicología del individuo, tales como creencias establecidas culturalmente en esta etapa de vida, reforzando los roles de género que se desarrollan en cada contexto. Algunas de estas diferencias se ven enarcadas en diferentes aspectos; en el rubro biológico la esperanza de vida es mayor en mujeres que en hombres, en ambos, el climaterio implica alteraciones hormonales, en hombres se presenta en la disminución de la testosterona y en mujeres en el inicio de la menopausia, y tienen su impacto a nivel psicológico (Cobos y Almendro, 2008; Castaño y Martínez-Benlloch, 1990).

La vejez conlleva transiciones culturales además de los cambios físicos y psicológicos, que determinan las nuevas formas del género. En las mujeres se presentan mayor habilidad de comunicación, que propician la creación de redes de apoyo, no solo familiares, sino personas con las que crean vínculos a partir de sus actividades sociales, dentro de las repercusiones desfavorables son la responsabilidad de asumir el rol de cuidadora en las familias, que se ve mermada con la viudez y el ingreso económico debido a ella es bajo, así como también, el descuido de su salud física como emocional. Por otro lado, los hombres tienen menor probabilidad de enviudar dada la diferencia en la esperanza de vida en comparación con las mujeres, las condiciones laborales generadas al largo de su vida desempeñadas por su papel de proveedor, les brindan mayor seguridad, y, en algunos casos ser propietarios del lugar donde residen, esto ejerce una sensación de control en caso de necesitar apoyo, sin embargo, sus redes de apoyo suelen reducidas y generalmente conformadas por familiares. (Arber y Ginn, 1996; Flores-Martínez y Garay-Villegas, 2019). Estas diferencias visibilizan que la vejez no es proceso inamovible y sistemático, sin embargo, las perpetuaciones de los roles de género, influyen en las condiciones que están suscitando.

La relación entre el envejecimiento y la vejez es estrecha, y ambas dimensiones, apelan a los retos que la sociedad enfrenta en lo que refiere ser un adulto mayor. Es por ello, que organismos orientados a la salud mental, en su caso la OMS en

conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), promueven que esta etapa sea óptima, los adultos mayores al llegar a la vejez sean funcionalmente sanos, donde sean capaces de enfrentar el cambio, con un nivel adaptativo, funcional, y de satisfacción personal. De lo contrario, una vejez desadaptativa, conlleva al desarrollo de un adulto mayor frágil, con el riesgo de padecer, con una alta probabilidad problemas y síntomas geriátricos más comunes tales como inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual y las consecuencias del medicamento farmacéutico, continuo, iatrogenia (Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco y Oliva, 2007; Soberanes-Fernández, González-Pedraza-Avilés y Moreno-Castillo, 2009). Las características de los adultos frágiles podrían secundar la prevalencia de la sintomatología depresiva, y el hábito de no expresar su salud física y emocional. Quiroz et al., (2017) exponen que los factores como la edad, el vivir sola o solo y como se percibe esta, el estado civil, presentar algún tipo de enfermedad crónica o aguda, son antecedentes que influyen en la aparición de un cuadro depresivo y mantiene un efecto directo en la calidad de vida.

La salud mental de los adultos mayores juega un papel importante, en el envejecimiento, puesto que, más del 20% de la población con 60 años en adelante, sufren de algún trastorno mental o neural, mientras el 6.6% que desarrollan discapacidad es atribuido a trastornos mentales y el sistema nervioso, tales como demencia y depresión, finalmente el 3.8% desarrolla trastornos de ansiedad (OMS, 2017). Asimismo, aumenta la presencia de enfermedades crónico degenerativas, que correlacionan con problemáticas psicológicas, sino se promueve la responsabilidad del autocuidado. Moran-Ucelo y Avila-Marroquin (2020) explican que los adultos mayores, presentan enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial constituyen al grupo con mayor probabilidad de padecer síntomas de depresión y ansiedad, siendo las mujeres las más afectadas, sin embargo, de forma indiscriminada se potencializa la imagen de adultos mayores frágiles.

En esta etapa de la vida, no solo se ve afectada por cambios, físicos, biológicos, y sociales, sino también está acompañada de distintas pérdidas, que se reflejan de manera contundente con el cierre de ciclos que podrían manifestarse en lo laboral

como la jubilación, y la disminución de vínculos cercanos y familiares, la pérdida de la salud deterioro físico y mental que a su vez mina la propia imagen. A pesar de que estas pérdidas se presentan conforme la edad y otras causadas por la muerte, también se aminora su representación en el rol que desempeña en la sociedad, propiciando a partir de estas la presencia del duelo.

Esta población no se encuentra exenta de presentar conductas suicidas; siendo las mujeres quienes lideran el índice de intentos de suicidio en comparación con los hombres, sin embargo, son los hombres quienes encabezan la estadística de consumir el acto (Tello-Rodríguez, Alarcón y Vizcarra-Escobar, 2016). Estas conductas pueden no solamente ser influenciadas por un diagnóstico depresivo; factores como la inmovilidad física, enfermedades crónicas, y pérdidas continuas que afecten de forma directa la calidad de vida, de igual manera las dificultades económicas o contextos donde prevalezca la violencia hacia los adultos mayores son señales de alerta que podrían impulsar atentar contra la vida. La normalización social de diferentes tipos de conductas como el aislamiento o la ausencia de expresión emocional, que no logran ser identificadas de manera temprana por la red de apoyo, es un inconveniente de cara a la intervención de los profesionales de la salud mental.

De lo anteriormente expuesto se deriva la importancia de retomar el constructo Calidad de Vida (CV), se define como una vivencia subjetiva del ser humano que se desarrolla a partir de la percepción del contexto que le rodea, las creencias que posee el individuo, las normas de su contexto inmediato con relación a su estilo de vida, su salud física y psicológica además de sus redes de apoyo (Rodríguez, 2012). Dadas las variables que componen el concepto, la evaluación de este funciona como punto de partida para la creación de nuevas estrategias dentro de grupos multidisciplinarios que satisfagan las necesidades de la población y con ello favorecer su inclusión y desenvolvimiento en sociedad. En los adultos mayores, la CV incluye diversidad tanto de necesidades como de su percepción ante la satisfacción de estas (Bendikova y Batik, 2015; García y Froment, 2018), el desempeño cognitivo, la forma de afrontar la rutina diaria y el disfrute de las actividades de ocio (Martínez-Carrillo, 2017), sin embargo, la percepción de la

dependencia en su vida tiene una connotación negativa (Cerquera, Uribe, Matajira y Correa, 2017). El objetivo principal del presente estudio es identificar la percepción de calidad de vida en los adultos mayores.

MÉTODO

Participantes y procedimiento

La muestra objetivo de este estudio fue de 32 participantes, adultos mayores habitantes de Culiacán, Sinaloa. 81.30% fueron mujeres y 18.80% fueron hombres, con una media de edad de 74.27 (*DE* 8.35). Las características de los adultos mayores fueron las siguientes: Su estado civil se clasifica como 43.80% casados, 40.60% viudos, 6.30% divorciados, 6.30% solteros, 3.10% unión libre; En cuanto a ocupación, 7.40% jubilados, 74.10% ama de casa, 18.50% otros. Además, indicaron profesar algún tipo de religión, el 86.20% católica, 3.40% evangelista, 3.40% cristiana, y el 6.90% ninguna. En relación con el tratamiento psicológico los adultos mayores reportaron que 18.80% estuvieron en proceso terapéutico, donde el 33.30% asistieron a terapia grupal y el 66.70% asistieron a terapia individual.

La aplicación del inventario se realizó antes del inicio de la pandemia por Covid-19 de forma presencial, explicando de forma grupal las instrucciones para responder de forma adecuada, una vez brindado el consentimiento por parte de los adultos mayores, se brindó asistencia de forma personalizada para quienes presentaron dificultades para plasmar sus respuestas, estas dificultades fueron falta de visión, dificultad para escribir o tomar el lápiz y asistencia para explicar de forma más concisa la información.

Instrumento

Se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa; Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009), con el objetivo de medir la calidad de vida de pacientes en una escala suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones. El inventario incluye también secciones para análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos sociodemográficos. Es auto

aplicable, con una duración de entre 15 y 20 minutos. Consta de 53 ítems con formato de respuesta tipo Likert de seis opciones las cuales son 0%= Nunca; 20%= Casi Nunca; 40%= Pocas Veces; 60%= Frecuentemente; 80%= Casi Siempre; y 100%= Siempre. Las áreas que conforman el inventario son las siguientes:

1. *Preocupaciones* (ítems 3, 4, 5 y 6): se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
2. *Desempeño Físico* (ítems 7, 8, 9 y 10): se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
3. *Aislamiento* (ítems 11, 12, 13 y 14): explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
4. *Percepción corporal* (ítems 15, 16, 17 y 18): se refiere al grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
5. *Funciones Cognitivas* (ítems 19, 20, 21 y 22): revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
6. *Actitud ante el tratamiento* (ítems 23, 24, 25, 26): revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico
7. *Tiempo libre* (ítems 31, 32, 33 y 34): explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.
8. *Vida cotidiana* (ítems 35, 36, 37 y 38): revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios de rutinas a partir de una enfermedad.
9. *Familia* (ítems 27, 28, 29, 30): explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.
10. *Redes Sociales* (ítems 47, 48, 49 y 50): explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.

11. *Dependencia Médica* (ítems 39, 40, 41 y 42): se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.

12. *Relación con el Médico* (ítems 43, 44, 45 y 46): se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante

RESULTADOS

Con el objetivo conocer la percepción de la calidad de vida en adultos mayores, se realizó un análisis descriptivo en función de los tipos de problemáticas dominante en las áreas del INCAVISA a partir de las implicaciones clínicas, es decir, aquellas necesidades que se encuentran al realizar la evaluación y con estas, las metas a alcanzar durante la intervención y con ello trabajar dichas áreas que requieren de atención en específico. Estas implicaciones se componen por distintas problemáticas:

A) *Cognitiva*, las áreas que la componen son *preocupaciones*, involucra el averiguar los cambios en la percepción hacia los demás a partir de vivir el proceso de enfermedad; *aislamiento*, revisa la existencia de separación de la red de apoyo, además de la presencia de sentimientos de soledad; *percepción corporal*, el nivel de agrado o desagrado que el individuo presente respecto a su aspecto; y *funciones cognitivas*, indaga acerca de complicaciones presentes respecto a procesos de memoria y concentración.

B) *Instrumental*, las áreas que la componen son *desempeño físico*, revela los mecanismos con los que cuenta el individuo para llevar a cabo actividades diarias; *tiempo libre*, averigua si para el individuo su proceso de enfermedad representa una dificultad en sus actividades cotidianas; y *vida cotidiana*, revisa el nivel de agrado o desagrado existente con los cambios generados en su vida diaria al momento de lidiar con una enfermedad.

C) *Déficits interpersonales*, las áreas que la componen son *redes sociales*, indaga sobre los recursos sociales con los que cuenta el individuo para resolución de conflictos; y *familia*, explora como el paciente percibe el apoyo emocional que le brinda en su contexto familiar.

D) *Autocuidado de la salud*, las áreas que la componen son *actitud ante el tratamiento*, explica la contrariedad que puede generar un tratamiento médico; *dependencia médica*, indaga sobre la responsabilidad que el paciente pone sobre el profesional para el cuidado de su salud; y *relación con el médico*, explora la comodidad del paciente respecto a la atención del profesional,

Primeramente, se analizaron los puntajes de la problemática dominante cognitiva, seguida por la instrumental, posteriormente déficits interpersonales y por último el auto cuidado de la salud. La problemática dominante en el área *cognitiva* se compone por *preocupación, aislamiento, percepción corporal y funciones cognitivas*.

En la Tabla 1, se puede observar que los adultos mayores presentan puntuaciones normales en tres de las cuatro áreas que compone la problemática cognitiva. El área de *preocupaciones*, indican que los adultos mayores consideran tener a su alrededor redes sociales optimas, donde perciben su apoyo y además tienen una sensación de comodidad con quienes están a su alrededor. En *aislamiento*, explica que los adultos mayores cuentan con un autoconcepto positivo y habilidades sociales saludables para actuar en su contexto inmediato. En la *percepción corporal* al obtener una puntuación normal, señala que el adulto mayor cuenta con un auto concepto que le permite considerarse como una persona agradable, interesante, atractiva y cómoda consigo misma. cabe destacar que *aislamiento* y *percepción corporal* se compaginan para desarrollar un autoconcepto sano. Por último, en relación con el área de *funciones cognitivas* se observó un bajo puntaje lo que sugiere puede existir una disminución en la capacidad de memoria y concentración, así mismo podría manifestar emociones similares a la depresión como sentimientos de inutilidad, enojo o ansiedad, pero estas debido al deterioro.

Área	M	(DE)
Preocupaciones	4.88	(4.07)
Aislamiento	3.94	(3.64)
Percepción Corporal	4.78	(4.86)
Funciones Cognitivas	8.25	(5.04)

Tabla 1: Problemática Dominante Cognitiva

En el análisis de la problemática dominante *instrumental* las áreas que lo conforman son *desempeño físico, tiempo libre y vida cotidiana*. En la Tabla 2 se muestra el área de *desempeño físico* presento puntajes bajos, significa que los adultos mayores consideran que se les dificulta realizar algunas actividades físicas. En algunos casos podrían presentar umbrales bajos de dolor, reactividad vascular y respiración defectuosa. De igual forma, las áreas que presentaron puntuaciones bajas fueron *tiempo libre* lo que alude al proceso de enfermedad como una limitante para realizar sus actividades recreativas habituales. Asimismo, en *vida cotidiana*, dichos resultados bajos indican que proceso de enfermedad constituye una pérdida significativa en su salud y estilo de vida, mismos que pueden influir en desarrollar sintomatología depresiva.

Área	M	(DE)
Desempeño Físico	13.47	(4.60)
Tiempo Libre	7.78	(6.04)
Vida Cotidiana	6.63	(6.74)

Tabla 2: Problemática Dominante Instrumental

La problemática dominante en *déficits interpersonales*, se conforma por las áreas de *familia y redes sociales*. En dichas áreas, se encontró puntuaciones normales que sugieren que el adulto mayor no presenta problemas de interacción con los miembros de su familia, asimismo considera cuenta con apoyo y afecto por parte de

ellos. Además, considera que las personas que le rodean pueden auxiliarle ante cualquier eventualidad en su vida, sintiéndose protegido (ver, Tabla 3).

Áreas	M	(DE)
Familia	17.91	(3.19)
Redes Sociales	16.16	(3.90)

Tabla 3: Problemática Déficit Interpersonales

Dentro de las problemáticas de *auto cuidado de la salud*, las cuales se conforman por las áreas de *actitud ante el tratamiento, dependencia médica y relación con el médico*, se observó que el adulto mayor presenta puntajes normales, sugiriendo que comprende la relevancia de dar seguimiento a los tratamientos médicos en beneficio de su salud, incluso esto le da mayores probabilidades de presentar mejor adherencia al tratamiento. Se visualiza como responsable de su salud y considera a su médico como un apoyo necesario para el adecuado seguimiento de su enfermedad (ver, Tabla 4).

Áreas	M	(DE)
Actitud ante el Tratamiento	4.59	(4.09)
Dependencia Medica	13.81	(5.19)
Relación con el Médico	14.22	(5.19)

Tabla 4: Problemática Dominante Auto Cuidado de la Salud

En resumen, la problemática dominante con mayor afectación es la *instrumental* que sugiere que el adulto mayor considera que sus habilidades físicas han afectado su independencia o desempeño en sus actividades cotidianas debido a la presencia de distintos cambios que han modificado su estilo de vida como inmovilidad que replantea su rutina personal, pérdida auditiva que lo inhibe de participar en conversaciones con los otros, problemas para recordar asuntos que le son importantes lo que puede llevar a la sensación de frustración y rechazo a su nuevo

estado de salud. En contraste, la problemática de *déficits interpersonales* presento los mejores puntajes indicando que los adultos mayores cuentan con redes de apoyo que los hacen sentir protegidos y seguros. Además, en *autocuidado de la salud*, los puntajes se sitúan dentro de lo normal, mismo que indica que los adultos mayores reconocen las necesidades médicas que presentan y actúa de forma activa para el mantenimiento de su salud aceptando el apoyo que brindan los profesionales de la salud para la guía de su tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El envejecimiento como una de las etapas que conllevan la claridad del acercamiento hacia la muerte, al ser considerada un proceso continuo acompañado de distintas pérdidas, cambios psicológicos y/o fisiológicos, que tienen una repercusión social que impactan en la CV. La infraestructura social carece de condiciones para satisfacer las necesidades que promuevan la salud integral, a partir de la co-responsabilidad en el adulto mayor y las instituciones de salud.

Aunado a ello, la atención psicológica en esta etapa comienza a formar parte del interés de los profesionales de la salud. Salcido-Cibrián, Jiménez-Jiménez, Ramos y Sánchez-Cabada (2021) refieren que la inclusión de estrategias de aceptación podría ser apropiadas en aquellas situaciones en las que no se puede modificar la situación vivida, en este caso, esta etapa de vida. Es por ello que considerar las características clínicas que representan y repercuten en la calidad de vida y la salud en los adultos mayores es vital, para una vejez digna, sopesar estas condiciones permitirían la adaptación del medio al detectar de manera temprana aquellas limitantes relacionadas con la movilidad física, del mismo modo a nivel cognitivo, pues el deterioro en esta etapa de vida es persistente. Una evaluación preventiva, que considere las implicaciones clínicas podría aportar a los profesionales de la salud, en este caso en la psicología, en aquellas intervenciones con mayor acercamiento en la problemática acompañada de una actitud empática y compasiva, cubriendo aquellos rubros que realmente requieren los adultos mayores.

Todas estas situaciones y nuevos cambios afectan la calidad de vida de esta población, ya que al percibirse en un ambiente donde su nueva etapa es percibida de forma desadaptativa y la atención psicológica no es vista como una prioridad en esta etapa, puesto que comienza a generarse un rechazo al proceso natural, que representa esta etapa, así como también al propio autoconcepto, debido a que difícilmente puedan percibir aquellas estrategias que le permitan afrontar dichos cambios. Teniendo como consecuencia a nivel conductual el aislamiento favoreciendo la fragilidad del adulto mayor, al no concebirse funcional, propiciando así el malestar emocional que repercute en la sintomatología, depresiva, ansiosa, e incluso aunque es poco visible la ideación suicida. Fomentar y mantener una buena CV a partir del acompañamiento psicológico durante la vejez es primordial, debido a que actúa como un factor protector en la aparición de características que conlleven al suicidio (Montes de Oca y Rodríguez, 2019).

Abordar los resultados de este estudio según las implicaciones clínicas propuestas por los autores dentro de la CV, como aquellas necesidades que se manifiestan en la evaluación, y con ello brindar una atención en específica durante la intervención es de suma importancia (Riveros, et al., 2009). Es por ello que los adultos mayores presentan una mayor predominancia en la problemática dominante cognitiva, existe una disposición debido a la edad, al deterioro cognitivo que podría influir en las emociones de forma adaptativa en donde el experimentar, al sentir seguridad acerca de sí mismo y seguir presente dentro de los distintos grupos sociales, mismas actitudes que fortalecen su autoconcepto y evitan el aislamiento

En la problemática dominante a déficits interpersonales, las percepciones favorables al respecto de la relación que mantiene con su núcleo familiar y las redes de apoyo con las que cuenta, podría considerarse un parteaguas en la autonomía del adulto mayor en la solicitud del involucramiento de las mismas. Del mismo modo, Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2017) encontraron que los adultos mayores que percibían mayor apoyo por parte de sus familiares presentaban una CV favorecida, a diferencia de quienes no percibían el apoyo familiar.

Referente a la problemática dominante instrumental, está presente la dificultad de desarrollarse de forma independiente dentro de cada una de las áreas que la

conforman, En esta etapa de la vida, los cambios físicos son notorios y según el contexto, envejecer podría entenderse desde una visión negativa, por lo que los adultos mayores presentan dificultades de adaptación a su nueva imagen física, además los cambios físicos pueden desfavorecer la independencia o movilidad del individuo para sus actividades cotidianas, por síntomas físicos o por un tratamiento médico, como consecuencia se modifica la rutina de vida y puede percibirse como un cambio drástico.

Con respecto al autocuidado, por las características que el envejecimiento brinda a quienes lo atraviesan, las personas mayores se enfrentan al mantenimiento de la salud impulsado también por las personas que les rodean o sus cuidadores, por ende, existen las conductas de autocuidado referente al tratamiento médico, mismo que puede considerarse como positivo y de un factor importante para conciliar su nueva etapa de vida y conlleve a un disfrute de la misma pese a las características estereotipadas de llegar a la edad que conforma a los adultos mayores. Parte primordial del cuidado de la enfermedad es la percepción que se tiene ante ella, dado que la idea que se tenga acerca de su propia salud será la pauta para continuar con los tratamientos sugeridos, así como las conductas que favorezcan la salud y de esta manera evitar la aparición de aquellos pensamientos que influyan en auto percibirse incapacitados para practicar el autocuidado (González-Celis y Padilla, 2006). Además, existen factores dentro de la percepción del individuo que movilizan la motivación para continuar siendo entes activos de su salud como una forma de lucha ante nuevas limitaciones físicas, como el área espiritual. La espiritualidad y la religión son factores protectores que promueven la sensación de bienestar en el adulto mayor, mismos procesos que abonan a una mejor CV (Gallardo-Peralta, Cuadra-Peralta y Veloso-Besio, 2018).

Con respecto a las limitaciones físicas que pueden entenderse dentro de ciertas áreas, existen factores biológicos que determinan que si bien, las mujeres viven más años en comparación de los hombres, son ellas quienes viven más años enfermas, explicaría este declive físico más notorio en comparación a los hombres. Además, son las mujeres quienes muestran mayor flexibilidad a integrarse a nuevos grupos sociales, así como atender recomendaciones médicas que vayan en pro de su

salud. Martínez y Villegas (2019) añaden que el ser mujer adulta mayor es una variable que influye en mayor medida para recibir apoyos por parte de los demás, esto debido al rol que desarrolla basado en el género donde convive con las personas del hogar y del contexto donde vive, permitiendo la creación de vínculos dentro del grupo social que se mantienen hasta la vejez.

Por otro lado, aunque las mujeres mantengan vínculos que apoyen su presencia dentro de grupos sociales, el hecho haber mantenido los roles impuestos por ser mujer también repercuten en su salud y el abordaje estos servicios sanitarios. Blazquez-Graf y Chapa-Romero (2018) consideran que es importante tomar en cuenta como todas las opresiones derivadas de los roles de género modifican la forma en que se pueden desarrollar distintos problemas de salud física y mental, con la finalidad de lograr mejores intervenciones que se adecuen a las consecuencias que han sopesado las mujeres, por la realidad en la que han vivido a lo largo de su vida.

A partir de la emergencia sanitaria es crucial comprender el impacto de la calidad de vida a partir del aislamiento social y la COVID-19, donde los adultos mayores fueron los protagonistas al ser la población considerada más vulnerable a esta afección médica. En México existen espacios gubernamentales que brindan servicios para esta población, sin embargo, es importante que se promuevan programas de salud mental que también cuenten con perspectiva de género para atender las necesidades de esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blazquez-Graf, N., y Chapa-Romero, A. (2018). *Inclusión del análisis de género en la ciencia*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Castaño, D., y Martínez-Benlloch, I. (1990). Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 6(2), 159-168. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28211>

Cerquera, A., Uribe, A., Matajira, Y. y Correa, H. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*,

- 20 (38), 398-409. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00398.pdf>
- Cobos, F., y Almendro, J. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. **Atención primaria**, 40 (6), 305-309. Recuperado de:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13123684>
- Dulcey-Ruiz, E., y Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. **Revista Latinoamericana de psicología**, 1 (1), 17-27. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. **Encuentros multidisciplinares**. Recuperado de: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Flores-Martínez, R., y Garay-Villegas, S. (2019). Calidad de vida y vejez masculina en México. **Perspectivas Revista De Ciencias Sociales**, (8), 380-392. Recuperado de:
<https://perspectivasrcs.unr.edu.ar/index.php/PRCS/article/view/67/53>
- Galbán, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. **Revista cubana de salud pública**, 33 (1). Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0864-34662007000100010yIng=esyIng=es
- Gallardo-Peralta, L., Cuadra-Peralta, A., y Veloso-Besio, C. (2018). Validación de un Índice Breve de Religiosidad y Espiritualidad en personas mayores. **Revista de psicología**, 27 (1), 1-13. Recuperado de:
<https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/50736/53561>
- García, A. J., y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. **Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación**, (33), 3-9. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6367715>
- González-Celis, A., y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. **Universitas Psychologica**, 5 (3), 501-509. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a06.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Población. INEGI. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Llanes-Betancourt, C. (2008). Evaluación funcional y anciano frágil. **Revista Cubana de Enfermería**, 24 (2). Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-03192008000200005yIng=esytIng=es

Martínez, R., y Villegas, S. (2019). Unos sí y otros no: factores asociados a la recepción de apoyo familiar en las personas adultas mayores de tres entidades mexicanas. **AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar**, (8), 17-26. Recuperado de: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/383321/276731>

Martínez-Carrillo, A. (2017). Efecto de un programa sobre la calidad de vida y salud en adultos mayores institucionalizados. (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León: México). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/14301/>

Montes de Oca, L. y Rodríguez, D., (2019). Factores de riesgo suicida y protectores del suicidio en adultos mayores. **Psicología y Salud**, 29 (2), 187-194. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2585/4477>

Moran-Ucelo, I., y Avila-Marrquin, J. (2020). Relación entre Ansiedad y Depresión en adultos mayores diagnosticados con Diabetes mellitus e Hipertensión arterial que asisten a la consulta externa en el IGSS de Guazacapan, en el departamento de Santa Rosa, durante el período de Julio a diciembre 2018. (Tesis de maestría, Universidad Galileo: Guatemala). Recuperado de: <http://biblioteca.galileo.edu/tesario/handle/123456789/929>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). Temas de Salud. La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Quiroz C., Quintana, J., Flores, R., Castro, S., García, J., y Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. **Psicología y Salud**, 27 (2), 179-188. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>

Riveros, A., Sánchez-Sosa, J., y Del Águila, M. (2009) **Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa)**. México: Manual Moderno.

Rodríguez, E. (2012) Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. **Invest Medicoquir**, 4 (1), 107-121. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2012/cm-q121k.pdf>

- Salcido-Cibrián, L., Jiménez-Jiménez, Ó., Ramos, N. y Sánchez-Cabada, M. (2021). Intervención en duelo y mindfulness. *Diversitas*, 17(1). Recuperado de: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/6537/6170>
- Soberanes-Fernández, S., González-Pedraza-Avilés, A., y Moreno-Castillo, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14 (4), 161-172.
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R., y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 342-350. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>
- Valdez-Huirache, M., y Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17 (2), 113-121. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>