

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Dimensiones biopsicosociales que influyen en la calidad de vida  
de las personas mayores que radican en Cuatepec  
desde la perspectiva de Promoción de la Salud**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTAN

**Alejandra Iveth Gerardo Cruz,  
Andrea Guerrero Vázquez y  
Miriam Quiroz Ramirez**

Directora de la Tesis

**Lic. Joyce Britt Rivera Granados**

Ciudad de México junio, 2024.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## **Agradecimientos**

Agradecemos a nuestra casa de estudios, por brindarnos la oportunidad de continuar con nuestra formación universitaria, en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, plantel Cuauhtépec, por haber confiado en nosotras, y darnos la oportunidad de estudiar una licenciatura.

A nuestra directora de tesis, la Profesora Joyce Britt Rivera Granados, por aportarnos y darnos las herramientas necesarias para cumplir este objetivo importante en nuestras vidas. Asimismo, agradecemos a los sinodales, Luz María Gómez Ávila, Adrián Palma Patricio y Óscar González Gómez por otorgarnos su tiempo para leer y dar opiniones acerca de nuestro estudio.

Así como a cada uno de las y los participantes que contribuyeron en la elaboración de la presente investigación, gracias por abrirnos las puertas de su hogar, tener la confianza y sobre todo por brindarnos su valioso tiempo.

A nuestro querido equipo dinamita, quienes fueron una parte fundamental en nuestro desarrollo académico y personal, agradecemos su amistad y apoyo incondicional. Gracias por todas las risas, aprendizajes y recuerdos, dentro y fuera de nuestra casa de estudios.

También agradecemos el esfuerzo que tuvimos como tesisistas para lograr la elaboración de esta tesis y, a pesar de las altas y bajas, siempre seguimos adelante juntas como un gran equipo.

Por último, gracias a todos aquellos, familiares, amigos, compañeros y conocidos que hicieron posible este suceso, y que nos ofrecieron su apoyo, así como a todos los presentes y los que lean este maravilloso proyecto.

## Dedicatorias

### **Alejandra Gerardo**

*A mi madre, Rosa Cruz la persona que siempre me ha dado el mejor ejemplo, amor y apoyo incondicional, que me ha impulsado a ser mejor cada día, ha creído en mí y ha estado a mi lado en todo momento. A mi padre Rodolfo Gerardo, por los valores que me inculcó.*

*A mi hermana, amiga y confidente, Laura Gerardo, gracias por crecer a mi lado, por compartir juegos, sueños e ilusiones. Me ayudaste a no derrumbarme y a ser valiente. A mi sobrino y mejor amigo, Adrian quien me enseñó el verdadero significado de la paciencia pero que también llena mi corazón de alegría y quien me inspira a aportar un granito de arena para que el mundo sea mejor.*

*A mis abuelas, Juana de Jesús y Candelaria Arellano, aunque ya no están en este mundo terrenal, fueron una parte fundamental en mi vida, nunca olvidaré sus palabras, "Sigue estudiando".*

*A todas y todos mis amigos, así como a las personas que contribuyeron a formarme como profesional, todos son una parte fundamental de mi vida.*

### **Miriam Quiroz**

*Llena de alegría, amor y dicha dedico esta tesis a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares y motivación para seguir adelante.*

*Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a ustedes, esto que con mucho esfuerzo, esmero y trabajo he logrado.*

*A mis padres Marcos Quiroz Cortes y Rosa Elba Ramírez Flores, porque ellos son la razón más importante por la cual yo culmino este escrito, el motivo para vivir, y el tesoro más valioso en este mundo para mí.*

*A mis hermanas Jessica Quiroz y Diana Quiroz por ser la motivación más bonita para cumplir esta meta y poder brindarles un ejemplo a seguir.*

*A mi novio Enrique Mata, por apoyarme, ofrecerme su mano, confiar en mí en todo momento y brindarme su amor y paciencia, ya que sin ello no lo hubiera logrado.*

*A mis compañeras Alejandra Gerardo y Andrea Guerrero, por no permitirme rendirme y nunca soltarme a lo largo de este proyecto, así como a mi profesora Joyce Britt Rivera Granados, por asesorarme y darme la oportunidad de conocer una gran profesora y maravilloso ser humano.*

### **Andrea Guerrero**

*Dedico de corazón esta tesis aquellas personas que siempre han estado apoyándome y levantando mi ánimo para seguir adelante.*

*A mis padres Martín Guerrero Duarte y María Guadalupe Vázquez García, quienes desde el inicio han sido una gran base de inspiración y por el cual sigo adelante, a mi hermana Sandra Guerrero Vázquez, quien me ha sido un ejemplo a seguir.*

*También, a mi segunda familia la cual está formada por mis tíos Leonor Vázquez García y Felipe Ramírez Montiel, mi prima que es como mi hermana Montserrat Ramírez Vázquez, su esposo Mario Alberto Pérez Sandoval y mis sobrinos Ricardo Gael Pérez Ramírez y Santiago Pérez Ramírez, quienes han sido una parte esencial en todo mi proceso.*

*También a mis amigas de tesis Alejandra Gerardo y Miriam Quiroz, quienes, con su sabiduría, motivación y determinación, hicieron que esto fuera posible.*

*Asimismo, dedico este trabajo como un agradecimiento a estas grandes personas que han estado en todo momento, los atesoro en este pequeño corazón pero que gracias a ustedes se ha vuelto más grande.*

*Si no persigues lo que quieres, nunca lo tendrás. Si no preguntas, la respuesta siempre será no. Si no das un paso adelante, siempre estarás en el mismo lugar.*

*– Nora Roberts*

**Tabla de contenido**

Introducción .....	7
Marco Teórico.....	13
Capítulo I. Envejecimiento y Vejez.....	13
I.1. Definición de Envejecimiento .....	13
I.2. Teorías del Envejecimiento .....	15
I.3. Propuestas para Optimizar el Proceso de Envejecimiento .....	28
I.4. Vejez.....	35
Capítulo II. Calidad de Vida.....	45
II.1. Definición de Calidad de Vida.....	45
II.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).....	48
II.3. Aspectos Objetivos y Subjetivos para Evaluar la Calidad de Vida. ....	50
II.4. Instrumentos para evaluar la calidad de vida. ....	53
Capítulo III. Calidad de Vida de la Persona Mayor .....	56
III.1. Calidad de Vida de la Persona Mayor .....	56
III.2. Dimensiones biopsicosociales que inciden en la calidad de vida de las personas mayores.....	59
Capítulo IV. Persona Mayor Residente de Cuauhtémoc .....	78
IV.1. Panorama Demográfico del Envejecimiento en la Ciudad de México, Alcaldía Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc .....	78
Capítulo V. Promoción de la Salud .....	84
V.1 Definición de Promoción de la Salud .....	84
V.2 Relación de la Promoción de la Salud con calidad de vida .....	84

V.3 Interés de la Promoción de la Salud para Mejorar la Calidad de Vida de	
las Personas Mayores.....	87
Metodología .....	89
Tipo de investigación.....	89
Enfoque.....	91
Categorías de análisis .....	92
Técnicas e instrumentos.....	93
Criterios de selección de los participantes.....	97
Manejo de la investigación .....	97
Análisis de Resultados .....	99
El concepto de calidad de vida en las personas mayores. ....	99
Condiciones de Salud y Calidad de Vida en la Persona Mayor. ....	100
Salud psicológica y calidad de vida de las personas mayores que radican en	
Cuautepec .....	110
Aspectos Sociales y Su Influencia en la Calidad de Vida de las Personas Mayores	120
Aspectos económicos y su influencia en la calidad de vida de las personas mayores	
.....	131
Aspectos biopsicosociales relevantes en la calidad de vida de la persona mayor ...	143
Conclusión .....	147
Referencias.....	155
Anexos .....	175

## Introducción

El envejecimiento poblacional es un proceso por el cual transitan todas las sociedades y que en las últimas décadas se ha acelerado en el mundo. El Consejo Nacional de Población (CONAPO-, 2016) señala que, en 2015, el Distrito Federal fue la entidad con mayor cantidad de población envejecida; 13.36% fue el porcentaje de personas adultas mayores (de aquí en adelante nos referiremos a este grupo etario como personas mayores). Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO-,2016), se espera que esta cifra vaya en aumento en los próximos años, ya que para 2050 se prevé que sólo dos de cada diez mexicanos serán menores de 15 años. Además, las generaciones nacidas entre los años 1960 y 1980 pertenecerán a la población de 60 años y más, a partir del año 2020, lo cual pronostica el aumento de las personas mayores en las próximas décadas. De esta manera, la población de personas mayores pasará de 12 millones en 2015, a 20 millones en 2030. Asimismo, la población vive más años; en México la esperanza de vida en mujeres es de 78 años, y, en hombres, 72 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía -INEGI-, 2023). Por ello, es que resulta necesario considerar el avance progresivo del envejecimiento en México y los cambios sociales, económicos y culturales que se irán generando, (CONAPO, 2016), pues, a pesar de que se incremente la esperanza de vida en la población, esto no significa que las personas mayores gocen de una calidad de vida adecuada.

Calidad de vida es un concepto que no cuenta con una definición universal; sin embargo, algunos autores como Ardila (2003), señalan que es “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social...” (p. 163).

González-Celis (2004) indica que el concepto de calidad de vida se construye individual y colectivamente, y se han ido agregando condiciones que influyen en ella; por ello, dicho concepto se ha ido reformulando con el paso de tiempo.

La calidad de vida también incluye aspectos psicológicos, como los sentimientos, las emociones y el sentir de la persona; aspectos sociales que involucran los principales vínculos e interacciones sociales con la población y los roles que la sociedad asigna y, por último, el ámbito económico que incluye lo material, los ingresos económicos, la participación en actividades remuneradas, la jubilación y la pensión.

El tema de la calidad de vida es central para la Promoción de la salud. Este campo interdisciplinario busca estudiar diversos elementos que se requieren, como el autocuidado, que son las iniciativas para mejorar la salud; ayuda mutua por medio de la cual se intenta fomentar la organización, comunicación y búsqueda de acuerdos en el ámbito comunitario para el beneficio de la salud; además de entornos sanos, que son las condiciones externas que proporcionan o no el bienestar de las personas.

Ante el proceso de envejecimiento antes mencionado, es importante abordar el tema de la calidad de vida en la vejez desde la Promoción de la Salud, porque permitirá analizar el problema desde una visión amplia; es decir, no sólo enfocarse en el aspecto biológico del envejecimiento o cómo los cambios en el cuerpo afectan a la persona mayor; sino también en las dimensiones psicológicas, sociales y económicas que rodean a éste. Esto posibilita conocer aquellos aspectos que han sido menos estudiados de la calidad de vida como las emociones, los sentimientos, la espiritualidad, la percepción de la muerte, las relaciones sociales, los roles sociales, las actividades recreativas, la participación laboral, la relación con las instituciones, entre otros.

En este sentido, el objetivo general de esta investigación es “conocer las dimensiones biopsicosociales que influyen en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepc”. Para el logro de dicho objetivo se establecieron cuatro objetivos específicos: identificar las condiciones de salud, los aspectos psicológicos, los aspectos sociales y cómo los bienes materiales y económicos inciden en la calidad de vida de las personas mayores que radica en Cuauhtepc.

Para esta investigación se empleó una metodología cualitativa, ya que ésta permitió conocer la subjetividad de las personas mayores. Se utilizó el enfoque fenomenológico que ayudó a recolectar la experiencia de los entrevistados referente a su calidad de vida en los ámbitos de salud, psicológico, social y material. Se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad y la observación. Se entrevistó a doce personas mayores: seis varones y seis mujeres.

El contenido de la presente investigación se divide en cinco capítulos teóricos, metodología, resultados y discusión.

En el Capítulo I, “Envejecimiento y vejez”, se plantea la definición de envejecimiento, reconocido como un proceso constante por el que transitan los seres humanos desde el nacimiento hasta la muerte. Asimismo, se abordan algunas teorías del envejecimiento. En primera instancia, la teoría biológica que analiza el fenómeno de por qué nuestro cuerpo envejece, a través de distintas propuestas como el acortamiento telomérico, los radicales libres, la acumulación de sustancias de desechos y la restricción calórica. En segundo lugar, se exponen los principales planteamientos de la teoría psicológica que estudia los cambios en las funciones psicológicas como la atención, la percepción sensorial, la memoria y el lenguaje. Por último, la teoría psicosocial, ésta explica los aspectos sociales, espirituales y psicológicos que se desarrollan en el entorno social de la persona mayor, a través de algunas teorías como la desvinculación, la actividad y de los roles. Asimismo,

se exponen las propuestas de envejecimiento activo, saludable, creativo, generativo, en convivencia e intergeneracional. Para finalizar el capítulo, se abordan las definiciones de vejez, viejismo y estereotipos, y se indaga cómo todos parten de la construcción social del envejecimiento.

El capítulo II, “Calidad de vida”, aborda la definición de calidad de vida considerando aspectos subjetivos y objetivos. Entre los aspectos objetivos se consideran la estabilidad económica, la educación, la seguridad ciudadana y el acceso a programas sociales. Entre los aspectos subjetivos se encuentran la salud percibida, los sentimientos, la familia y el tiempo libre. Se mencionan los instrumentos para su evaluación, entre los que destacan: *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL), *World Health Organization Quality-of-Life 100* (WHOQOL-100), *World Health Organization Quality-of-Life-Bref* (WHOQOL-BREF) (Sanabria, 2016) y el *World Health Organization Quality of Life of Older Adults* (WHOQOL-OLD), y algunas escalas, como la de FUMAT, y la de calidad de vida, de Sharlock y Keith.

Con respecto al capítulo III, denominado “Calidad de vida de la persona mayor”, analiza los principales cambios biológicos, psicológicos, sociales y económicos que se presentan en la vejez, y cómo estos influyen en la calidad de vida de la persona mayor. Con respecto a los cambios biológicos se analizan las modificaciones en órganos y sistemas y su vínculo con la calidad de vida. La dimensión psicológica vincula la salud mental y las emociones favorables y desfavorables que se presentan durante el proceso de envejecimiento con la calidad de vida. La dimensión social relaciona los vínculos sociales con la familia, amigos y vecinos, el reconocimiento social, la inclusión social, los estereotipos sociales y vínculos intergeneracionales y su influencia en la calidad de vida. Por último, la dimensión material (económica), analiza cómo los ingresos económicos y los bienes materiales se relacionan con una calidad de vida óptima para las personas

mayores. Además, se exponen las distintas dimensiones que se han sido investigadas por estudiosos de la calidad de vida en la vejez.

En el Capítulo IV, “Personas mayores residentes de Cuauhtémoc”, se describe el panorama demográfico del envejecimiento a nivel nacional, en la Ciudad de México, en la alcaldía Gustavo A. Madero, para finalmente centrarse en Cuauhtémoc. Se puntualizan las características de salud, sociales, políticas y económicas de la alcaldía Gustavo A. Madero y del barrio de Cuauhtémoc, referente a las personas mayores.

En el capítulo V, “Promoción de la Salud”, se aborda la definición de promoción de la salud, y su relación con la calidad de vida. La Organización Panamericana de la Salud (en Pacheco, 2022), señala que para que los individuos puedan contar con una buena calidad de vida, la Promoción de la Salud actúa en tres mecanismos, el autocuidado, la ayuda mutua y los entornos sanos. Por último, se menciona el interés de la Promoción de la Salud para mejorar la calidad de vida de las personas mayores partiendo de los determinantes sociales de la salud.

En el apartado metodológico se fundamenta la utilización de la metodología cualitativa y del enfoque fenomenológico, que permitieron conocer la perspectiva personal de cada uno de los participantes respecto al tema de investigación. Se describe el instrumento utilizado, la entrevista semiestructurada a profundidad, que permitió establecer un diálogo flexible y cordial y conocer cada una de las dimensiones exploradas: en salud, psicológica, social y material y su vínculo con la calidad de vida.

En el apartado de análisis de resultados se muestran los datos obtenidos de las entrevistas. Se inicia con la descripción del perfil sociodemográfico de los participantes y se muestra la información categorizada por las dimensiones exploradas: biológica, psicológica, social y material. Se incluyen algunos testimonios relevantes de la investigación y se comparan con los

resultados de otras investigaciones, destacando los resultados que aportan nuevos datos para futuras investigaciones.

En conclusión, la información brindada por las personas mayores permitió conocer cuáles son los factores biológicos, psicológicos, económicos y sociales que consideran que influyen en su calidad de vida, de manera tanto objetiva y subjetiva; sin embargo, dichos aspectos inciden de manera distinta en cada uno de los participantes.

## Marco Teórico

### Capítulo I. Envejecimiento y Vejez

#### *1.1. Definición de Envejecimiento*

El envejecimiento es el proceso por el cual los seres humanos comenzamos a tener transformaciones y cambios, esto sucede con el paso del tiempo. Dicho proceso lo pasamos todos, sin excepción alguna; es continuo; suele afectar la forma de vivir cotidianamente y esto dependerá de la capacidad de mantener una salud estable a lo largo de nuestra vida y de las condiciones de nuestro entorno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) refiere que el proceso de envejecimiento está asociado a la acumulación continua de daños moleculares y celulares, los cuales, con el tiempo, aumentan el riesgo de enfermedades, así como de disminuir las capacidades de las personas. Esto sucede gradualmente hasta llegar a la muerte. En esta conceptualización que brinda la OMS, vemos que se le atribuye especial énfasis al aspecto biológico, ya que en esta área se observan cambios constantes.

Los cambios experimentados pueden ser visibles o no. Martínez y Mendoza (2015), señalan que un cambio muy notorio en el proceso de envejecimiento es la disminución en la visión, manchas en la piel, resequedad, arrugas y flacidez. A diferencia de los que no suelen ser notorios, como los cambios en las estructuras celulares. Un ejemplo de ello es el aparato cardiovascular donde los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad; esto impide que el organismo tenga una oxigenación adecuada. Maass y Reyes (2018), coinciden con esta idea, ya que mencionan que, en mayor o menor medida, los tejidos, órganos y aparatos corporales sufren alteraciones derivadas de la edad.

En el mismo sentido, el Instituto Nacional de Geriátría (INGER, 2017), recalca que es un proceso gradual por el cual la persona mayor transcurre hasta adaptarse, y transita por una disminución concerniente a la respuesta homeostática, lo cual es el equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento estable en todo el cuerpo, debido a las modificaciones fisiológicas, bioquímicas, y psicológicas, que se presentan con el paso de los años.

Sin embargo, es importante resaltar que no sólo se ve modificado el aspecto biológico, también las personas se enfrentan a cambios psicológicos y sociales. La OMS (2015) menciona que el envejecimiento se vincula con situaciones psicosociales tales como las modificaciones en las relaciones con la familia y los amigos, el cambio de roles, la jubilación, entre otros.

Alvarado y Salazar (2014), en su artículo “Análisis del concepto de envejecimiento”, refieren que éste es un proceso inherente a la vida humana, así como un proceso complejo. En el mismo sentido el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2019) menciona que el envejecimiento da inicio desde que se nace hasta que se llega a la muerte.

De igual forma, Maass y Reyes (2018) recalcan que durante el envejecimiento se viven cambios en el aspecto físico, social y mental. Dichos cambios ayudan a que los individuos puedan adaptarse durante esta transición, la cual es constante, permitiendo que las personas continúen con un funcionamiento óptimo.

Asimismo, González y Celis (citado por Aponte, 2015), mencionan que el envejecimiento es un proceso complejo, que involucra cambios físicos, psicológicos y sociales, ya que los individuos viven un proceso individual, pero también interactúan con el espacio exterior o el entorno que los rodea.

Es por ello que el proceso de envejecimiento no posee una dimensión única, ya que se relaciona con los aspectos biopsicosociales, los cuales son fundamentales dentro del mismo. Además, cada

uno de los factores debe tomarse en cuenta para mantener una definición global de lo que implica envejecer.

## ***1.2. Teorías del Envejecimiento***

Para explicar el proceso del envejecimiento, se han postulado distintas teorías que analizan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales por los cuales transitan los seres humanos. Abordaremos algunas de las teorías que explican el proceso de envejecimiento.

**1.2.1. Teoría biológica.** En ella se estudia el trayecto biológico por el cual los seres humanos envejecen, es por ello que se explorarán algunas teorías como: la teoría del acortamiento telomérico, la de los radicales libres, la de la acumulación de sustancias de desecho y la de la restricción calórica.

***Teoría del Acortamiento Telomérico.*** Para hablar de esta teoría, debemos comenzar por definir lo que es un gen. Éste se considera la unidad fundamental, tanto física como funcional, que constituye parte de la herencia, ya que transmite información de generación en generación y está conformado por secciones de ADN en una doble hélice. Contiene una parte que se transcribe y otra que ayuda a que sea posible la transcripción; dicha información se ubica dentro del núcleo de la célula, en donde se encuentra el material genético, organizado dentro del cromosoma. El ser humano cuenta con 23 pares de cromosomas en cada célula (Canteras, 2012).

Los telómeros fueron descubiertos por Hermann J. Muller y Bárbara McClintock durante los años treinta del siglo XX. Son estructuras que se encuentran ubicadas en los extremos finales de los cromosomas; su principal función es dotar de protección y estabilidad al material genético (Cáscales y Álvarez, 2010). Los telómeros están constituidos por repeticiones de nucleótidos como

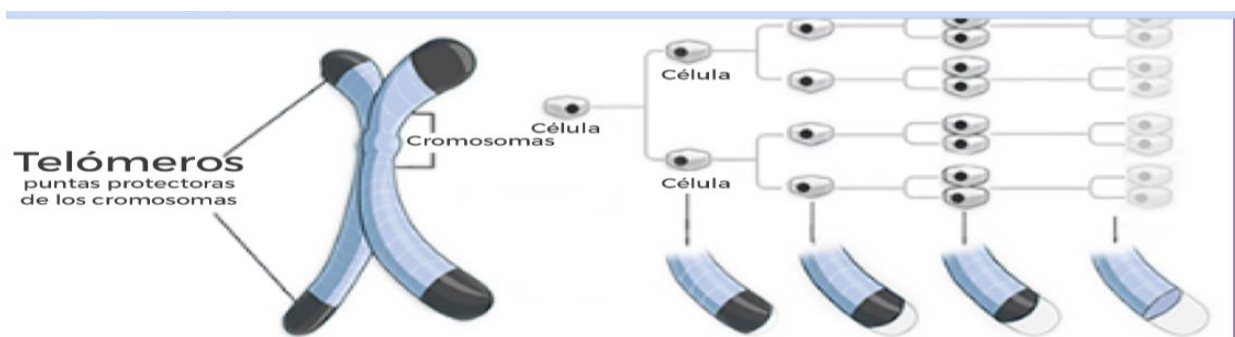
la tiamina, adenina y guanina (TTAGGG), conformados también por proteínas como la shelterina y la telomerasa, que apoyan al cromosoma a mantener su estabilidad (Cáscales y Álvarez, 2010).

La teoría del acortamiento de telómeros fue postulada por Hayflick Harley y Moorhead durante los años sesenta del siglo pasado. Estos científicos estudiaron el cultivo de fibroblastos, los cuales son las principales células para crear tejido conectivo, y se percataron que las células, después de cierto número de divisiones, dejaban de multiplicarse y envejecían (senescencia), que es un estado de pausa total en donde la célula no muere, pero tampoco se reproduce; es decir, envejece (Cáscales y Álvarez, 2010).

La teoría del acortamiento de telómeros postula que, a medida que las células se dividen, el telómero va reduciendo su tamaño; esto quiere decir que, con el paso de los años, los extremos de los cromosomas se van acortando y se va perdiendo cierta información genética, así como estabilidad en el cromosoma, lo cual genera cambios físicos, aparición de enfermedades y alteraciones en la salud (Cáscales y Álvarez, 2010) (Ver figura 1).

### Figura 1.

#### *Proceso del acortamiento telomérico*

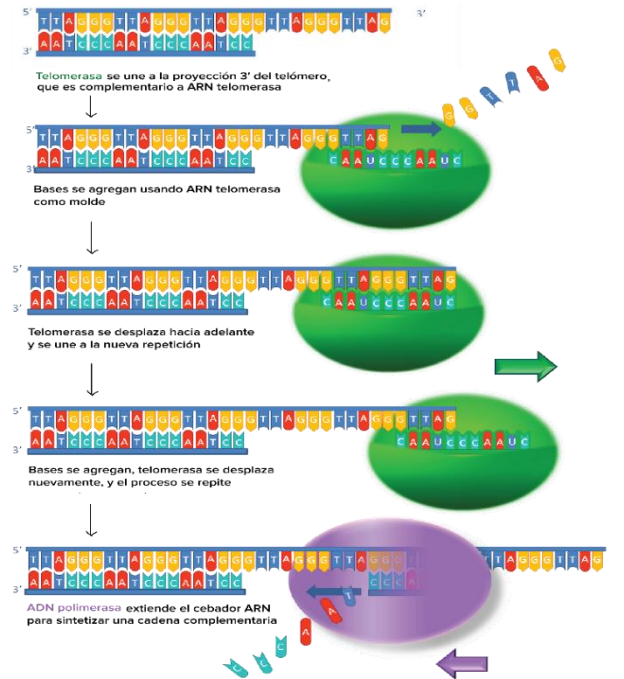


*Nota:* Acortamiento de telómeros: esta teoría postula que, cuando las células del organismo comienzan a dividirse y multiplicarse, el telómero, que se encuentra en los extremos del cromosoma, se va acortando, esto surge por la cantidad de veces que se multiplica la célula. Esto quiere decir, que con el paso de los años, los telómeros van a ir disminuyendo en tamaño, hasta que actúe la enzima telomerasa la cual se encarga de reemplazar la sección de ADN faltante. Tomado de *¿Quieres vivir más y mejor? Cuida tus telómeros*, (s/p), por L. Hernández, 2020, eureka.

Ahora bien, la enzima telomerasa actúa dentro del ADN en doble hélice, en donde se percibe un acortamiento telomérico; la proteína telomerasa, se une a la secuencia que va de 3 prima, a 5 prima y coloca una cadena complementaria con TTAGGG (ver figura 2).

**Figura 2.**

*Principio de funcionamiento de la telomerasa*



*Nota:* figura que muestra cómo la telomerasa alarga progresivamente el ADN telomérico. Tomado de *los telómeros y la telomerasa*, (s/p), F. Uzbas, 2011, licencia Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported

Además, la rapidez con la que se acortan los telómeros está relacionada con la exposición a factores de riesgo, como el estrés, el consumo de tabaco, la obesidad, y, de igual forma con la presencia de enfermedades cardiovasculares e infecciones (Cáscales y Álvarez, 2010).

En algunos casos, el acortamiento telomérico puede generar enfermedades en el transcurso de la vida. Aulinas et al. (2013), señalan que se ha relacionado con procesos de envejecimiento prematuro (aterosclerosis, enfermedad de Alzheimer o diabetes mellitus tipo 2), aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, de inflamación y de transformación maligna (cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.), mayor mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria e infarto de miocardio prematuro. Sin embargo, no todas las personas suelen

presentar enfermedades debido al acortamiento telomérico, ya que también influyen aspectos de la vida cotidiana (Cáscales y Álvarez, 2010).

***Teoría de los Radicales Libres.*** La teoría de los radicales libres fue propuesta por Denham Harman (citado por Rico et. al., 2018), en la actualidad es una de las teorías más conocidas, ya que presenta un mayor entendimiento del proceso del envejecimiento.

Esta teoría se centra en los resultados que ocasionan los radicales libres a los tejidos mediante el estrés oxidativo que se va generando a lo largo de la vida. Rico et. al. (2018) refieren que los radicales libres son “moléculas inestables que tienen uno o más electrones no apareados” (p. 289); es decir, que en la última órbita se encuentra un número impar de electrones, por lo que no existe un espín; en otras palabras, no hay un electrón que gire en el lado opuesto.

La energía inestable que generan se libera a través de reacciones “autocatalíticas con biomoléculas, como proteínas, lípidos, carbohidratos y ácidos nucleicos que a su vez se convertirán en radicales libres y propagarán el daño en cadena” (Rico et al., 2018, p. 289); esto se debe a que son electrones no apareados y buscan el electrón faltante, provocando así una reacción oxidativa.

Rico et. al. (2018), refieren que, con el paso del tiempo, los efectos que generan los radicales libres de oxígeno escapan a los sistemas de regulación y se acumulan, provocando así el estrés oxidativo, el cual es considerado un factor que provoca una acumulación de moléculas oxidadas durante el proceso de envejecimiento y, por ende, afecta a todas las células.

Se debe tener presente que la mitocondria es una de las principales fuentes en generar radicales libres mediante el transporte de electrones; sin embargo, es blanco de éstas, ya que se puede presentar una mutación en el ADN mitocondrial; esto provocaría enfermedades, tales como demencias, diabetes, falla cardíaca, etc. (Rico et al., 2018).

De manera externa, los radicales libres se forman por los contaminantes ambientales, la radiación o el uso de algunos productos químicos dañinos para la salud (Rico et al., 2018).

De acuerdo con Pulido (2011), un ejemplo de esta teoría se muestra la acumulación de organelos oxidados (líneas de expresión), Rico et al. (2018), concuerdan con dicha autora, ya que el desequilibrio que generan los radicales libres, causa también una alteración biomolecular; en ella se ve implicado el colágeno, la elastina, los fosfolípidos y los polisacáridos.

También, Pulido (2011) señala que existe un daño al sistema celular de la persona adulta mayor, lo que genera algunas de las enfermedades asociadas a la edad, tales como la distrofia muscular, cataratas, disfunción pulmonar, daño al sistema inmunológico e inclusive cáncer.

Para poder neutralizar a los radicales libres, es necesario generar una respuesta antioxidante, la cual se centra en elementos enzimáticos y no enzimáticos. Rico et al. (2018) refieren que en el primero se encuentran: el superóxido dismutasa (SOD), glutatión peroxidasa (GPx), y catalasa (CAT); en el segundo están las vitaminas C y E, el glutatión reducido, los carotenoides y los flavonoides. Estas enzimas le proporcionarán el electrón faltante al radical libre, generando que el estrés oxidativo no se presente en gran proporción.

Cabe señalar que, dentro de esta teoría, existen diversas pruebas experimentales que apoyan la teoría de radicales libres como un desencadenante en el proceso de envejecimiento (Rico et al., 2018).

***Teoría de la Acumulación de Productos de Desecho.*** Con respecto a la teoría denominada “Acumulación de producto de desechos”, elaborada por Sheldrake, en 1974, propone que las células suelen producir y acumular toxinas de desecho que, si no son eliminadas, pueden perjudicar la reproducción de las mismas y, a su vez, producir una sustancia llamada lipofuscina o también

conocida como pigmento de la edad, la cual provoca cambios en la apariencia física de las personas mayores (manchas en la piel) (Pardo, 2003).

El autor señala que dentro de esta teoría se encuentran 3 mecanismos, aún en estudio: en el primero las células producen desechos que perjudican su reproducción, la segunda se observa que la producción de desechos no se puede destruir o transportar mediante la membrana más externa de la célula, y, por último, “su concentración puede reducirse por la "dilución" en la división celular” (Cambiaggi y Zuccolilli, 2011, p. 23).

***Teoría de la Restricción Calórica.*** La teoría de la reducción calórica se encuentra inmersa dentro de la teoría sistémica porque se ve al cuerpo humano como un todo, es decir, un sistema. La restricción calórica implica reducir el número de calorías en la dieta al 30 o 40%. Se sustenta en la hipótesis que el consumo bajo de calorías retrasa el envejecimiento, ya que el cuerpo realiza un metabolismo reducido, por lo que requiere de menor energía.

Esta teoría se ha probado en la alimentación de algunos animales, tales como roedores y primates (Campos y Barzuna, 2004). Gracias a los estudios realizados en monos, se puede decir que, en sujetos sometidos a la restricción calórica, la tasa de mortalidad fue menor. En las investigaciones se ha observado que disminuye la temperatura corporal y las concentraciones de insulina, las cuales son variables consideradas como biomarcadores para medir la longevidad en roedores. Además, Campos y Barzuna (2004) resaltan que la restricción calórica, ayuda a que se incremente la concentración de dehidroepiandrosterona sulfato, hormona que está presente en hombres y en mujeres y que se ha relacionado con la longevidad humana.

Los autores mencionan que la reducción calórica, ayuda a la pérdida de peso; esto, a su vez, causa un metabolismo más bajo, y provoca según Hernando (s.f.) un incremento en la esperanza de vida, disminución de número de enfermedades, un efecto antioxidante, entre otros beneficios

para los seres humanos. Sin embargo, el autor señala que aún no ha sido comprobada ya que los estudios sólo se han realizado en animales.

En los roedores, la restricción calórica ha tenido algunos efectos, como una pequeña pero constante reducción de la insulina y de la IGF-I en sangre, hormona que regula los efectos de la hormona del crecimiento (cuando esta hormona se reduce, se va desacelerando el crecimiento normal de los huesos y de los tejidos y, por la tanto, se tiene una apariencia más joven).

Campos y Barzuna (2004) mencionan que, debido a estos cambios, en los roedores se genera una respuesta homeostática, en la cual se incrementa la gluconeogénesis, éste es el proceso en el que se elabora glucosa, a partir de productos previamente almacenados, como las grasas. En los monos, también se han visualizados efectos similares, en la glucosa e insulina, así como en la reducción de la mortalidad. Esto refiere que la restricción calórica puede ser una alternativa viable en mamíferos, para disminuir enfermedades inflamatorias referentes al envejecimiento.

Además, Campos y Barzuna (2004), señalan que la reducción calórica no logra evitar el envejecimiento, sólo lo retrasa, y esta teoría se basa en modificar aspectos internos del cuerpo del individuo, pero no se toman en cuenta los factores ambientales, los cuales afectan positiva o negativamente al proceso de envejecimiento de los seres humanos.

**I.2.2. Teoría Psicológica.** Maass y Reyes (2018) mencionan que el envejecimiento psicológico es el camino o trayectoria por la cual transcurren algunas de las funcionalidades psicológicas como son: la atención, la percepción sensorial, la memoria y el lenguaje. Dichas funciones se ven modificadas o alteradas con el paso de los años. En las personas mayores, esto provoca cambios en la concentración, la memoria, así como las respuestas ante diversos estímulos (ver tabla 1).

**Tabla 1. Funciones Psicológicas y sus Posibles Cambios.**

Funciones Psicológicas	Definición	Cambios en la persona mayor
Atención	<p>Sánchez y Pérez (2008) indican que la atención es una función neuropsicológica la cual activa el funcionamiento de otros procesos psicológicos (percepción, memoria y lenguaje).</p> <p>La atención no es un proceso unitario, se compone de aspectos como, la intensidad (alerta y atención sostenida o vigilancia) se asocia con la capacidad de reaccionar a estímulos durante un tiempo determinado, además inciden sobre la corteza cerebral e interviene en el tálamo y la selectividad (atención focalizada y atención dividida) se vincula con la corteza cerebral dentro de las cuales se encuentran áreas sensoriales, unimodales y polimodales, es decir, una o varias funciones (Román y Sánchez, 1998).</p>	<p>Intensidad: si existe daño cerebral a causa de una patología puede generar confusión en la persona (Román y Sánchez, 1998).</p> <p>Selectividad: no existen cambios significativos asociados con la edad, sin embargo, otros autores mencionan que cuando una persona requiere procesar diversas tareas a la vez, suelen presentar complicaciones (Román y Sánchez, 1998).</p>
Percepción sensorial	<p>“Capacidad para captar, procesar y dar sentido de forma activa a la información que alcanzan nuestros sentidos” (Salcedo et al., 2022, p.390).</p>	<p>Visión: Dificultad para identificar objetos cercanos, disminuye la nitidez visual y reducción en el campo visual, así como para distinguir los colores (Gil-Verona et al., 2002).</p> <p>Oído: Disminución en la capacidad de escucha, específicamente en tonos elevados (Gil-Verona et al., 2002).</p> <p>Tacto y olfato: Existe una pérdida de sensibilidad, lo cual podría ser peligroso ya que no se distinguen las señales de alerta, como los olores nocivos (Gil-Verona et al., 2002).</p>
Memoria	<p>La memoria consta de diversos sistemas, que permiten adquirir, retener y recuperar la información del entorno. Cada memoria tiene un circuito anatómico, la memoria activa la corteza frontal, así como circuitos del sistema sensorial y límbico (Kundera, 2010).</p>	<p>Pueden existir dos alteraciones en la memoria, el primero denominado benigno u olvido senescente benigno, el cual la memoria disminuye de manera normal debido al envejecimiento; éste es caracterizado por la incapacidad de recordar</p>

	<p>información que no es importante para la persona. La segunda es la maligna, denominada olvido senescente maligno, la cual se relaciona con los diversos tipos de demencia, que causan el olvido de hechos importantes y poco importantes (Gil-Verona et. al., 2002).</p>
<p>Lenguaje</p>	<p>El lenguaje es una forma de comunicación, la cual es utilizada por los seres humanos para relacionarse entre sí; por medio de la que se manejan variados y complejos sistemas, para transmitir conceptos y sentimientos (Lowolace, s.f).</p> <p>La dificultad del lenguaje que refleja la persona mayor se ve en los problemas de acceso léxico, en el enlentecimiento del habla, un mal mantenimiento del tema del discurso, entre otros (Mendizábal et al., 2022).</p> <p>Existen dificultades en la etiqueta léxica (encontrar la palabra en uso) en diversas situaciones y temas. Esto se manifiesta en el incremento del estado que comúnmente se conoce como “tener la palabra en la punta de la lengua” (Mendizábal et al., 2022).</p> <p>Burke y Cols (en Román y Sánchez, 1998), indican que esto se debe a debilitamiento de las condiciones entre los nudos léxicos fonológicos.</p>

Fuente: Elaboración propia

**I.2.3 Teoría Psicosocial.** En la teoría psicosocial, se tienen presentes los niveles sociales, espirituales y psicológicos, los cuales reflejan las funciones que ejerce el individuo dentro de su entorno social (Reyes, 1993).

Existen diversos eventos sociales que pueden afectar la identidad de los individuos en la vejez; por ejemplo, el cambio de roles, la pérdida de la pareja sentimental y la jubilación. Estos sucesos pueden generar lo que Iacub y Sabatini (2015) denominan “crisis”, como una división de lo que se

tenía y pensaba, y se remplazan por otros ideales, por lo que las personas pueden llegar a separarse de la rutina a la que estaban acostumbrados.

Debido a ello, se produce un cambio significativo, porque la persona ya no se conduce en el mismo rumbo en el que se dirigió durante la mayor parte de su vida. Esto puede generar inseguridad, desesperación, así como la pérdida de control del individuo, produciendo cierta alteración en su identidad.

Dentro de la teoría psicosocial se incluyen tres teorías que tomaremos como centrales: la teoría de desvinculación, teoría de la actividad y teoría de los roles.

***Teoría de la Desvinculación.*** Merchán y Cifuentes (2014) refieren que la teoría de la desvinculación fue formulada después de que los investigadores E. Cummings y W.E Henry publicaran en 1961 los resultados de su investigación, en la cual encontraron que las personas mayores que vivían en comunidad, al pasar los años, solían dejar de lado las actividades y, por lo tanto, se reducía el contacto social con los demás.

Bajo esta perspectiva, se señala que, durante la etapa de la vejez, las personas suelen desengancharse de las actividades sociales que antes solían disfrutar. Por lo que es común ver que los individuos disfrutan distanciarse de forma gradual de las demás personas. Es decir, se crea una barrera entre el individuo y la sociedad, formando una disminución en la interacción con las demás personas (Merchán y Cifuentes, 2014).

Esta teoría ha recibido diversas críticas, una de las más conocidas es la de Havinghursts (citado por Merchán y Cifuentes, 2014), ya que refiere que la desvinculación no se da de la misma forma en todos los individuos. En su estudio, menciona cómo la personalidad influye en las relaciones que mantienen los individuos; ejemplo de ello son las personas extrovertidas, quienes envejecen sin tener que apartarse de su círculo social.

Además, Havinghurst (citado por Merchán y Cifuentes, 2014) señala que, al envejecer, las personas son más selectivas; es decir, las personas mayores seleccionan las actividades que aportan más elementos a su satisfacción personal y restringen las que no. Por lo tanto, más que una desvinculación total, hay una selección de actividades. A este proceso el autor lo nombró como "desvinculación-vinculación selectiva".

En el mismo sentido, Maass y Reyes (2018) plantean que esta desvinculación no se da de manera natural, sino que está relacionada con aspectos sociales que rodean a la persona mayor. Por ejemplo, durante el envejecimiento puede haber cambios como la pérdida de audición; ésta, a su vez, puede generar ciertas repercusiones sociales, como afectar la comunicación con los demás y/o provocar el aislamiento social. Por lo tanto, esta desvinculación no se da de forma natural, sino que tiene su origen en un cambio fisiológico que repercutió en la relación que la persona mayor establece con su entorno social.

Es importante resaltar que, en 1974, Cummings modificó esta teoría, destacando que existen diversos estilos de vida individuales en la vejez. Por ello, "no se puede afirmar que la desvinculación es un proceso universal, inevitable o natural..." (Merchán y Cifuentes, 2014, p. 4).

***Teoría de la Actividad.*** Ésta propone que, durante el proceso de envejecimiento, se envejece de manera satisfactoria, cuando la persona mayor realiza actividades sociales, las cuales permiten desarrollar habilidades y capacidades dentro de la sociedad, así como interactuar con los demás individuos.

Havinghurst (citado por Merchán y Cifuentes, 2014), recupera que, en un estudio con personas de entre 50 y 90 años, los individuos que solían realizar más actividades ocupacionales o recreativas, vivían más años sin algún tipo de discapacidad. Además, Maass y Reyes (2018)

rescatan que las personas adultas mayores que tienen una vida activa suelen vivir de una mejor manera, previenen enfermedades e incluso discapacidades que puedan frenar su vida.

Es importante resaltar que las actividades que se realizan deben ser acordes a la etapa en la que se está viviendo, ya que, si alguna tarea requiere de esfuerzo extra o conocimientos que son complejos para los demás, esto podría desencadenar un sentimiento de frustración o incluso desmotivación ante la situación.

Por otro lado, Merchán y Cifuentes (2014), describen que las personas que se mantienen activas en diversas tareas contribuyen a propiciarse un buen envejecimiento. Esta teoría ha sido la base para que se planteen y ejecuten programas en los que las personas se mantengan activas y puedan ocupar su tiempo.

En conclusión, la teoría de la actividad indica que entre más activa se encuentre la persona adulta mayor, ésta disfrutará con plenitud su vida, ya que disminuirá en cierta medida sus enfermedades.

***Teoría de los Roles.*** Para abordar dicha teoría debemos recordar que un rol, desde la perspectiva funcionalista, es la función que desempeña un individuo dentro de una agrupación social en la que interactúa y mantiene reglas, valores y compromisos que son afines con la sociedad (Merchán y Cifuentes, 2014).

Irving Rosow (citado por Merchán y Cifuentes, 2014), elaboró la teoría de los roles; en ella se plantea que “a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización: rol de hijo/a – rol de estudiante – rol de padre/madre – rol de trabajador/a – etc.” (p.6).

Merchán y Cifuentes (2014), mencionan que los roles se van modificando en cada etapa, de acuerdo con la edad cronológica; en otras palabras, la sociedad es la que asigna el rol a cada persona, de acuerdo con su edad, así como cierta responsabilidad para cumplir dicho papel.

La persona mayor va reconfigurando sus roles mediante las circunstancias que se presentan a lo largo de su vida. Es decir, las diferentes situaciones definirán que roles desempeñará u ocupará el individuo (Castellano, 2020).

Castellano (2020), menciona que “todas las personas cumplen uno o varios roles a lo largo de su vida” (p. 11), los cuales van teniendo modificaciones tanto en el entorno familiar, laboral y social. Esto lleva a que se presente una transformación personal y emocional, al igual que sociofamiliar y económica, ya que se pueden asumir nuevos roles o continuar con los ya estipulados.

De la misma manera, Aldas (2015) añade que la pérdida de roles surge como consecuencia de la pérdida de la pareja sentimental, la separación de los hijos y otros sucesos que marcan el inicio de la vejez.

Actualmente, cuando se llega a la etapa de la jubilación, se van perdiendo progresivamente los roles sociales que se asumieron en el transcurso de la vida. Por lo tanto, se crea una disminución en el papel que las personas mayores tienen frente a la sociedad, percibiéndose como desprotegidos, sin roles, ni lugar o posición (Merchán y Cifuentes, 2014).

Castellano (2020) señala que, al ocurrir estos cambios de roles, se pueden generar distintas emociones. El proceso de jubilación, para algunos, puede ser un momento de descanso; sin embargo, para otros puede significar la necesidad de continuar trabajando. Con esto, la persona mayor adquiere un rol de inactividad, pasividad, o bien, no será reconocido socialmente (Merchán y Cifuentes, 2014).

Una de las críticas a esta perspectiva es que la sociedad impone ciertos roles de acuerdo con los estereotipos que se tienen, en este caso, de la vejez. Actualmente, a las personas mayores se les asigna un rol pasivo; por ejemplo, desempeñar únicamente funciones en el hogar, lo cual genera que la vida sea rutinaria provocando un sentimiento de tristeza o inutilidad. En el caso de las mujeres, se vincula a realizar actividades asociadas a la limpieza del hogar, así como la elaboración de la comida para alimentar al resto de la familia; por ello posee el rol de cuidadora y ama de casa (Castellano, 2020).

En una sociedad capitalista, como en la que vivimos, las personas mayores son consideradas como inútiles, por lo tanto, como señala Aldas (2015), hay una desaparición social del anciano. Bajo esta perspectiva, todos debemos desempeñar un rol que es asignado socialmente, el rol del anciano es estar lejos de la vida pública.

A partir de las teorías del envejecimiento anteriormente mencionadas, podemos explicar cómo y por qué se envejece. Sin embargo, existen propuestas que buscan la inclusión de las personas mayores contribuyendo a un envejecimiento favorable.

### ***1.3. Propuestas para Optimizar el Proceso de Envejecimiento***

En este apartado se abordarán diferentes propuestas de optimización del proceso de envejecimiento: envejecimiento activo, saludable, creativo y generativo, y, por último, en convivencia e intergeneracional.

**I.3.1. Envejecimiento Activo.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el envejecimiento activo es un proceso en cual se deben optimizar todas las capacidades tanto físicas, sociales y mentales, con el propósito de incrementar la esperanza de vida saludable, la productividad, así como la calidad de vida en la vejez (Bermejo, 2010).

El envejecimiento activo, de acuerdo con Bermejo (2010), implica diversas acciones que se deben tomar en cuenta:

- Fomentar la participación de las personas mayores en aspectos económicos, culturales, religiosos, y cívicos, sin pensar sólo en el ámbito laboral, es decir, independientemente de si la persona se encuentre trabajando activamente o no.
- Emplear un modelo en el cual los ciudadanos tengan la oportunidad de envejecer satisfactoriamente, siendo autónomos y capaces, dejando de verlos como individuos que requieren cuidados.
- Tener presente el aspecto comunitario en donde las personas mayores puedan desenvolverse y realizar acciones culturales, políticas o de ayuda hacia los demás grupos etarios para ser parte de toda la comunidad en general.
- Garantizar que las personas mayores cuenten con información precisa y oportuna para conocer sus derechos.
- Mantener un enfoque intergeneracional para reconocer el valor que tienen las relaciones entre los jóvenes y las personas mayores.
- Promover nuevos aprendizajes, ya que no sólo los niños y jóvenes aprenden, sino también las personas mayores; esto se debe a que tienen la capacidad de instruirse en cosas nuevas.
- Implementar un enfoque integral en donde no se discrimine a las personas mayores, sino que se promuevan mejoras en los ámbitos social, sanitario, económico, psicológico, afectivo, educativo, cultural y jurídico.

De igual forma, se plantea que, dentro del envejecimiento activo inciden determinantes sociales, los cuales están divididos en seis factores (Ramos et al., 2016).

Entre ellos están los ambientales, que aluden a los espacios rurales o urbanos en los que se desenvuelven las personas mayores, por ejemplo: es importante contar con ciudades libres de barreras arquitectónicas y con viviendas aptas para disminuir accidentes y caídas en este grupo etario.

Otro factor sería el económico, el cual hace referencia a que, cuando las personas se jubilan, disminuyen los ingresos económicos; es por ello, que existe una necesidad de apoyar la situación laboral de este grupo etario, así como involucrarlos en el trabajo remunerado y/o voluntariado.

Un tercer aspecto hace referencia a los servicios sociales y sanitarios con los que las personas mayores deben contar. Es importante brindar servicios de promoción y prevención de la salud, acceso equitativo a la atención primaria y cuidados paliativos.

Como cuarto ámbito tenemos el social, en el cual se enmarca que las oportunidades de desarrollo social deben ser equitativas; prevenir la violencia, el abuso, mejorar la salud, así como la productividad en la etapa de la vejez.

El aspecto conductual es el quinto determinante, el cual refleja los hábitos y comportamientos que la persona mayor debe tener, como son: realizar actividad física, no consumir alcohol, comer saludablemente, y mantener relaciones sociales sanas. Y, por último, el ámbito personológico, que involucra aspectos biológicos, genéticos, así como estilos de vida.

Además, en el envejecimiento activo se pretende que las personas continúen potenciando las áreas físicas, mentales y sociales: es por ello que se busca que continúen participando en actividades que puedan ser remuneradas o en las que participen de manera voluntaria (Ramos et al., 2016).

También, Ramos et al. (2016) mencionan que el reto más importante para el envejecimiento activo es superar los enfoques asistencialistas y de beneficencia, para realmente reconocer el

derecho y el valor que tienen las personas mayores. Al igual que Bermejo (2010) considera pertinente prevenir la dependencia y promover la autonomía de las personas mayores.

Es importante mencionar que el envejecimiento activo involucra diversos factores, y que no se enfoca sólo en el aspecto biológico, ya que busca que las personas puedan ser capaces de satisfacer sus necesidades económicas, sociales, sentimentales y culturales de forma independiente. Este tipo de envejecimiento pretende que los individuos sean autosuficientes (Ramos et al., 2016).

**I.3.2. Envejecimiento Saludable.** La Organización Mundial de la Salud (2015) indica que el envejecimiento saludable es el “proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 30).

Gutiérrez et al. (2016) mencionan que el envejecimiento saludable “es considerado como un proceso amplio, íntegro y dinámico que permite el bienestar a través del mantenimiento de la capacidad funcional de las personas” (p. 13).

Asimismo, en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud de la OMS (2015), se menciona que además de la capacidad funcional, que comprende los factores inmersos en la salud que faciliten al individuo realizar lo que considere pertinente para la vida, también está la capacidad intrínseca, la cual combina capacidades tanto físicas y mentales de las personas; y, por último, el entorno que involucra ámbitos del espacio exterior que forman parte del contexto cotidiano de las personas.

Al hablar de envejecimiento saludable, se debe tener presente la definición de salud. Según la OMS (2002), “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad”, citado en el Preámbulo de la Constitución de la OMS y adoptado en la Conferencia Sanitaria Internacional en 1948.

La definición de la OMS sigue conservando su vigencia; sin embargo, Briceño-León (citado por Alcántara, 2008) resalta que la salud “es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p. 95).

Dicha concepción refleja que no es un panorama dividido, sino que es en conjunto; por ello, en la Cumbre de Río de Janeiro, en 1992, se hizo referencia a este concepto, en referencia al-cual se menciona que la salud dependerá de la capacidad de controlar la interacción del medio físico, espiritual, biológico, económico y social (Alcántara, 2008).

Además, FUTURAGE, que es un proyecto financiado por la Comisión Europea, complementa el concepto de salud (física, mental y conductual), que engloba condiciones psicosociales de seguridad, participación, conceptos subjetivos y de bienestar (Alcántara, 2008).

Con el paso del tiempo, la salud ha cambiado en su definición o se ha complementado; esto da un nuevo panorama de lo que puede abarcar y cómo puede ser entendida para las diversas etapas de la vida, tal como lo es la del envejecimiento.

De acuerdo con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (citado por Maass y Reyes, 2018), el envejecimiento saludable es dotar a las comunidades de herramientas, saberes, conocimientos, actitudes y aptitudes, que orienten a la persona mayor a mantener un envejecimiento sano, en el cual exista actividad física frecuente, sociabilización estable e interacción con los otros.

Dentro del mismo, se trata de fomentar e impulsar estrategias y políticas que apoyen a la persona mayor, para que cuente con salud física, mental, sentimental y social, así como que su etapa de vejez sea placentera y de calidad. Eso no quiere decir que, por ser considerada la última etapa de la vida, se deba desvalorizar (Maass y Reyes, 2018).

Además, la persona mayor debe gozar de un proceso de envejecimiento pleno, en el cual prevalezca su propia libertad para decidir, para participar en actividades lúdicas, recreativas, y en el que la sociedad reconozca que ellos tienen la habilidad y son capaces de desarrollar su potencial en diversas tareas, ya que, a lo largo de nuestra vida, seguimos continuamente aprendiendo y si se es persona mayor se tiende a enfrentar los problemas con mayor experiencia (Maass y Reyes, 2018).

**I.3.3. Envejecimiento Creativo y Generativo.** Erik Erikson, en 1970, se refirió al concepto de “generatividad” como el reto al que se enfrentan las personas de mediana edad de asegurar el bienestar de las generaciones que les suceden, así como de dejar un legado que trascienda. Sandoval-Obando y Zacarés (en Ercoli y Sandoval, 2021), enfatizan que la generatividad está presente en la crianza de los hijos, el cuidado de los nietos o la guía de los adolescentes.

Dichas actividades benefician al círculo familiar, pero también existen otras destinadas a que los individuos se sientan satisfechos, tales como participar en alguna organización o ser voluntarios en actividades que sean de su interés. Estas acciones ayudan a la persona mayor a enfrentar de mejor manera las pérdidas que estresen o creen impactos dañinos.

En palabras de Sandoval-Obando y Zacarés (citados por Ercoli y Sandoval, 2021), este tipo de envejecimiento es un conjunto de actividades y tareas, en el que se ponen en práctica los saberes de las personas que envejecen, pero también se enfrentan a desafíos en los que se comprometen. Tales como tener la responsabilidad de cuidar a los pequeños de la familia.

A este concepto, Villar (citado por Maass y Reyes 2018), agrega que los individuos ponen al descubierto sus capacidades realizando actividades que generen mejoras en el entorno en el que viven. Así se complementa el desarrollo personal con el social.

Ercoli y Sandoval (2021) visibilizan al envejecimiento creativo y generativo como un mecanismo adaptativo, en el que se fortalece el “Yo” (entendido por Sigmund Freud como la identidad intermedia, regulatoria, y razonable entre la biología humana y el mundo que rodea a los individuos) y, al mismo tiempo, ayuda a que la persona se integre de mejor manera a la etapa de la adultez.

Sin embargo, Ercoli y Sandoval (2021) señalan que no todas las personas se sentirán generativas haciendo sólo estas actividades, ya que la generatividad implica dos vertientes: una, en la que las personas busquen la estabilidad familiar a través de lograr una cohesión generacional; y la otra, con el reconocimiento de los deseos de participar en actividades sociales que ayuden al mejoramiento de su entorno.

**I.3.4. Envejecimiento en Convivencia e Intergeneracional.** Maass y Reyes (2018) subrayan que este tipo de envejecimiento se centra en la participación que deben tener las personas, al envejecer, dentro de su núcleo familiar.

Al hablar de envejecimiento de convivencia e intergeneracional, se conjugan los saberes de generaciones pasadas (abuelos o bisabuelos), con los saberes del presente, e incluso, del futuro (hijos y nietos). Existe un compromiso entre las generaciones de diferentes edades, en donde se vinculan o comparten saberes con generaciones avanzadas (Salazar y Castro, 2019).

Cuando personas de diferentes edades se interrelacionan, se valoran los aportes de cada una de ellas, y se crea un ambiente de respeto y sana convivencia y, al mismo tiempo, se generan aportes para mantener un lazo comunicativo y afectivo que pueden tomar las otras generaciones (Beltrán y Rivas. 2013).

Al compartir las experiencias intergeneracionales, también se da pie a que las personas que envejecen tengan la oportunidad de comunicarse con personas más jóvenes, recibir afecto y

atención. Ya que, en algunas situaciones, durante el proceso de envejecimiento los individuos suelen sentirse distanciados de sus seres queridos o apartados de los demás, debido a los deterioros físicos que pueden tener y que propician una comunicación menos efectiva, tales como la disminución de la audición, de vista e incluso del olfato (Beltrán y Rivas, 2013).

Beltrán y Rivas (2013) enfatizan que existen dos principios que ayudan a que el dialogo y la convivencia intergeneracional sea exitosa. El primero es el respeto a la dignidad de la persona para que ésta sea autónoma en sus propias decisiones y pueda seguir siendo productiva a la largo de su vida. Y el segundo, fomentar un modelo de participación social para que los individuos continúen involucrándose equitativamente con su círculo familiar y con la sociedad. De esta forma, se garantiza el intercambio de saberes, así como el adecuado intercambio de conocimientos y aprendizajes, tanto de los jóvenes, como de las personas mayores.

Después de revisar algunas de las propuestas de optimización del proceso de envejecimiento, podemos decir que cada una de ellas tiene aspectos positivos; sin embargo, es de suma importancia considerar el contexto social de las personas. Con base en lo anterior, consideramos que, para el caso de México, se puede elaborar una propuesta nueva, retomando las anteriores (activo, saludable, creativo y generativo, y de convivencia intergeneracional) en la que se incluyan diversos elementos; por ejemplo, el entorno social, la salud mental, la espiritualidad, por mencionar algunos, que se adapten a cada una de las circunstancias de las personas adultas mayores mexicanas.

#### *1.4. Vejez*

**1.4.1 Definición de Vejez.** En México, la vejez se refiere a una etapa de vida que comienza a partir de los 60 años (INGER, 2017). Sin embargo, es importante resaltar que tiende a variar, pues

cada sociedad determina en qué momento una persona entra en esta etapa. A partir de esta edad, las personas mayores son catalogadas como “viejos”, pero eso no quiere decir que no tengan las mismas capacidades que una persona joven (Mendoza, s.f.).

Pese a que no exista una edad exacta para definir a la vejez, la principal referencia es que es la última etapa por la cual pasa la persona antes de llegar a la muerte y tiene que ser vivida y disfrutada como todas las fases de la vida que trascurrieron anteriormente (Maass y Reyes, 2018).

Algunas edades en las que se clasifica a la vejez son: “los viejos – jóvenes personas de 60 a 74 años; viejos-viejos de 75 a 84 años; viejos - longevos de 85 a 99 años y centenarios, personas de 100 años y más” (Mendoza, s.f., p.28). En dicha clasificación se resalta que existe un cambio de las condiciones físicas, psicológicas y sociales que tiene cada persona mayor de acuerdo con su edad cronológica.

Maass y Reyes (2018), refieren que el concepto de la vejez “viene de latín *vetus*, que a su vez viene del griego *etos*, que significa “años” o “añejo”” (p. 16). Además, mencionan que la vejez depende de la trayectoria de vida que hayan tenido las personas mayores. Sin embargo, la definición de la vejez es subjetiva, ya que depende de la percepción y visión propia del individuo que la experimente en ese preciso momento y de la construcción social, según el contexto histórico.

Además, Parales y Dulcey-Ruiz (2002), consideran que el término vejez es un concepto que engloba la transición de una etapa madura a una de anciano, en donde se visualizan cambios biológicos, fisiológicos, culturales, económicos y sociales que provocan alteraciones en las personas mayores, ya que no todas las personas tienden a tomar de la misma manera dicha etapa. Para algunas producirá satisfacción, mientras que, para otras, melancolía o tristeza por no ser igual que antes o tener un cambio persistente.

Martínez et al. (2018) argumentan que la vejez se podría clasificar como vejez satisfactoria, patológica, viejos sanos, viejos enfermos, o activa y exitosa. Una de las clasificaciones más relevantes que se ha hecho hasta la actualidad es la vejez normal, la patológica y la exitosa.

De acuerdo con Maass y Reyes (2018) existen alternativas para que las personas mayores tengan un mejor desarrollo durante la etapa de la vejez como: crear redes de comunicación asistiendo a grupos o centros dedicados a personas ancianas, relacionarse con otros grupos etarios, es decir jóvenes, niños y personas de edad madura, tener tiempo para interactuar y convivir con la familia, hijos y nietos, evitar caer en depresión partiendo por reconocer los primeros síntomas como son la falta de apetito, la dificultad para conciliar el sueño, el cansancio, la desmotivación o el pensamiento suicida.

**I.4.2. Construcción Social en la Vejez.** Una vez revisando el concepto de vejez, analizaremos cómo se construye socialmente su definición. Como Beltrán (2015) lo menciona la sociedad se encarga de crearla y darle su propio sentido.

Gergen (citado por Beltrán, 2015) señala que las construcciones sociales y culturales están establecidas por la identidad colectiva, y, a su vez, determinadas por el tiempo que esté transcurriendo. Dichas construcciones sociales son las que estipulan cómo deben ser, lucir y comportarse las personas que pertenezcan a ciertos grupos sociales.

En otras palabras, la sociedad es quien le otorga diversas características a cada uno de los individuos, dependiendo de sus atributos, tanto físicos, como económicos y sociales. Además, Beltrán (2015) destaca que estos señalamientos hacen que se coloque a cada persona cierto valor ante la sociedad, ya sea mucho o poco. Esto, a su vez, puede desencadenar intolerancia, marginación; incluso desprecio, hacia las personas que se considera “valen poco o nada”.

Cada una de las sociedades y culturas poseen creencias y valores diferentes, por lo que tienen diversas concepciones de la vejez. Algunos estudios antropológicos han demostrado que, en las sociedades primitivas, las personas de mayor edad poseían cierto prestigio, esto debido a que se les consideraba como personas sabias, incluso asumían cargos relevantes, tales como consejeros o transmisores de la cultura y las tradiciones (Colom, 1999). Socialmente se dice que un hombre es viejo cuando se jubila y una mujer desde que entra a la etapa de la menopausia (Colom, 1999).

Gergen y Gergen, consideran que actualmente hay tres grandes representaciones acerca de la vejez (en Parales y Dulcey-Ruiz, 2002):

1.- La eterna juventud, esta implica la exaltación de la juventud y el miedo que se genera a partir de la sociedad a envejecer.

2.-El empoderamiento, que recalca el percibirse como persona independiente, activa, con la capacidad de controlar su vida como a él o ella le plazca, con sabiduría, es decir, con la experiencia para enfrentar su propia vida.

3.- La expresión sibarita, que principalmente se enfoca en descartar el aspecto económico y darle prioridad a los placeres subjetivos de la vida, como la felicidad.

Dichas representaciones se perciben entre las personas mayores que radican en el territorio mexicano. Pero, como ya se ha mencionado, cada individuo envejece de distintas maneras, y no es correcto encasillar a todos en una sola representación. Quizás algunas personas busquen verse jóvenes físicamente; algunos continúen siendo independientes y otros le darán mayor importancia a su felicidad; por ello se habla de “vejeces” y no de “vejez”.

Ahora bien, comprendemos que la vejez es un concepto con cientos de interpretaciones y conceptualizaciones que involucran diversos aspectos. Por ello, es de suma relevancia visualizar cómo la sociedad mexicana construye socialmente los términos “viejo” y “vejez”. Es importante

este análisis debido a que todos los seres humanos estamos en contacto directo con otros individuos, nos relacionamos, compartimos algunas creencias, religión, tradiciones, cultura y entorno. Todo ello influye en la identidad que nos formamos gracias a la sociedad que nos rodea (INGER, s.f.).

Durante el México Prehispánico, de acuerdo con López-Austin (citado por INGER, s.f.), las personas mayores se separaban entre los que gozaban de buena condición física y los que se volvían una carga para la sociedad; desde ese momento, se determinaban como viejos a quienes presentaban dificultades para desarrollarse en su medio ambiente.

De igual forma, las personas comenzaron a percibir a la vejez como la etapa más horrible de la vida, en la cual se enfatizaba el rechazo a lo viejo. De esta manera, se buscó prolongar la vida y evadir la muerte a través de ritos como la brujería, la hechicería, la medicina tradicional y hegemónica para poder llegar a “la eterna juventud” (INGER, s.f.).

Además, para el siglo XIX, de acuerdo con el INGER (s.f.), en México se incrementó la longevidad de las personas con alto poder adquisitivo, quienes eran vistos ante la sociedad como las personas con poder sobre las personas de bajos recursos, a quienes se les despedía de sus empleos por el simple hecho de producir menos; por lo tanto, las personas con más poder monetario podían contar con mejor posición social.

Posteriormente, con el paso de los años, la vejez comenzó a presentar concepciones aún más negativas y se convirtió en un reto para las personas evadir todos aquellos estereotipos generados por la sociedad, vinculados con la tristeza, la soledad, la desesperanza, el aislamiento, la pérdida de capacidades, etc. Esto se debe a que, en la sociedad mexicana, se le da valor a la fuerza que tienen las personas, a la capacidad de adquirir bienes materiales y a la productividad (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019).

Ahora bien, Bruno y Acevedo (2016), señalan que la construcción social de la vejez en México actualmente tiene un significado negativo, ya que ésta se asocia con una etapa infeliz a la que no se desea llegar. Esto se debe a que el concepto se ha relacionado con un estereotipo negativo; sin embargo, no podemos generalizar dicho suceso, porque no en todas las sociedades se presenta.

Por otra parte, además de la construcción social de la vejez, se encuentran dos conceptos importantes: el autoconcepto y la autoimagen. De acuerdo con Laborin (citado por Moran et al., 2019) el autoconcepto se basa en el aspecto psicológico y espiritual que tiene una persona ante alguna situación, y permite reconocernos para lograr percibir sentimientos y sensaciones tanto negativas como positivas.

Roel y Sánchez (citado por Parales y Dulcey-Ruiz, 2002) ubicaron diversas representaciones de la vejez, tanto en mujeres como en hombres. Encontraron una relación estrecha entre la vejez y los distintos cambios de humor negativo que se producen en esta etapa, entre los que se destacan el aspecto cronológico derivado de la edad numérica, los cambios corporales incapacitantes, así como las enfermedades que se presentan. Debido a ello, algunas personas mayores se auto perciben como incapacitados.

En resumen, la construcción social de la vejez estará situada de acuerdo con la época histórica en la que se viva, es por ello que la concepción acerca de la etapa de la vejez se verá modificada a través del tiempo.

**1.4.3. Viejismo.** Estudiar la vejez, implica conocer algunos términos que están relacionados con esta etapa de la vida, tal es el caso del *viejismo*. Castellano y Miguel (2010) mencionan que, en 1969 Robert N. Butler acuñó el vocablo *ageism*, haciendo referencia a todas aquellas actitudes y comportamientos negativos hacia las personas mayores. Sin embargo, al

buscar la definición de *ageism*, ésta es más amplia, ya que significa discriminación o prejuicio contra cualquier grupo por su edad.

Para poder usar el término destinado al desprecio o repulsión hacia las personas mayores se usa la palabra “viejismo”, y aunque Castellano y Miguel (2010) señalan que la Real Academia Española no ha aceptado este vocablo, diversas investigaciones lo han usado para explicar esta discriminación o prejuicios que se hacen exclusivamente a las personas de mayor edad.

“Viejismo” es definido como cualquier tipo de actitud, acción o expresión en la que las personas mayores son discriminadas o subordinadas en relación con la población joven (Martínez, Vivaldo y Mendoza, s.f.). Este término alude a que las personas, por el simple hecho de ser viejas, automáticamente suelen ser estereotipadas como menos productivas, menos inteligentes y con menor capacidad de hacer actividades que antes solían hacer.

Ahora bien, todas estas acciones negativas hacia las personas mayores pueden ser ejercidas por cualquier grupo etario, incluyendo las propias personas mayores. Martínez, Vivaldo y Mendoza (s.f.) indican que, dentro de las sociedades industrializadas, los jóvenes han sido sobrevalorados, ya que se aprecia su fuerza física y su producción laboral. Por ello, se les otorga mayor valor a los jóvenes frente a las personas mayores.

El viejoismo es también una forma de discriminación que puede ser ejercida a nivel micro, es decir desde el propio hogar, con los familiares cercanos y lejanos, amigos, nietos o personas más jóvenes. A nivel macro se manifiesta en el lugar de trabajo, en las instituciones a las que acude, por ejemplo, los centros recreativos, centros de asistencia médica o lugares públicos (Orozco y López, 2016).

Para ejemplificar lo anterior, en los centros de asistencia médica se percibe y se hace sentir a la persona mayor como una persona disfuncional, inservible, con poca capacidad, achacosa, enferma

etc. Sobre todo, se recurre a utilizar palabras denigrantes o minimizantes, que en su mayoría suelen iniciar con la letra “D”, algunas de ellas son: “decline (decadencia) dementia, (demencia) dependency, (dependencia) disease, (enfermedad) disability, (discapacidad) disaster, (desastre)...”, solo por mencionar algunas (Hagestad, citado por Parales y Dulcey-Ruiz, 2002, p.11).

Algunas de las implicaciones sociales del viejismo es que se limita a la persona mayor, ya que no se logra alcanzar la calidad de vida necesaria para existir en un entorno saludable porque se encuentran sujetos socialmente a concepciones erróneas acerca de su propia persona, su autonomía, su libertad, su personalidad e identidad, por lo que esto repercute en su salud tanto física, mental como social (Orozco y López, 2016).

**I.4.4 Estereotipos.** Los estereotipos son construcciones que realiza la sociedad, utilizando falsas concepciones acerca de un fenómeno, grupos social u objeto. Al ser inexactas, muestran indiferencia, generando así una conducta discriminatoria (Carbajo, 2009).

Carbajo (2009), señala que a lo largo de la historia se han ido forjando opiniones, evaluaciones y juicios específicamente de la vejez, construyendo así los tradicionales estereotipos, los cuales pueden ser positivos o negativos.

Con respecto a los estereotipos positivos se considera que toda persona mayor es una persona sabia, llena de experiencia, merecedora de respeto y que tiene una gran presencia ante los demás, sin embargo, del lado negativo, la vejez se muestra como un estado deficiente, donde la edad refleja las pérdidas significativas e irreversibles (Carbajo, 2009).

Rodríguez – Domínguez (citado por Carbajo, 2009), menciona que los estereotipos negativos de la vejez se basan en el deterioro de la persona mayor. El autor hace una clasificación de los estereotipos en: cronológicos, biológicos, psicológicos y sociológicos (Carbajo, 2009).

1. *El estereotipo cronológico*, se asocia a la vejez mediante el número de años vividos, pese a que algunas personas mayores cuenten con una buena salud, se cree que no son capaces de soportar cambios, en comparación con personas de menor edad (Carbajo, 2009). Este estereotipo genera discriminación lo cual impide conseguir la felicidad y el rendimiento personal.

2. *Estereotipo biológico*, desde el punto de vista médico se cree que la vejez se puede utilizar como un sinónimo de enfermedades, achaques físicos y padecer dolores de forma constante. Algunos de los estereotipos biológicos, es que se piensa que las personas mayores pasan gran parte de su tiempo en clínicas u hospitales, para atender el deterioro que se tiene en la salud (Carbajo, 2009).

Es relevante mencionar que este deterioro en la salud es inevitable, sin embargo, es totalmente falso que al cumplir 60 años o más estas dolencias aparezcan de manera automática. También habrá personas que no tengan afecciones en su salud, esto dependerá de cómo cuidaron de ella en las etapas pasadas. Collantes (2021), concuerda con lo antes mencionado, refiere que este estereotipo “no es una verdad absoluta, si bien existe un deterioro es falso que la edad sea un camino inevitable a la incapacidad” (p.141).

3. *El estereotipo psicológico*, se enfoca en aspectos referentes al deterioro sensorial, de la atención, la memoria o de sus habilidades, también se ve reflejada en los cambios de personalidad, carácter, entre otros (Carbajo, 2009).

Dentro de este estereotipo Carbajo (2009), menciona que en la vejez se cree que puede existir una disminución en la creatividad, aislamiento y depresión, al igual que un comportamiento inflexible, repentinos cambios de humor que no tienen una justificación para

otros, etcétera. De igual manera, se piensa que no es habitual ni espontáneo encontrar adultos mayores creativos, con buen carácter y sociables.

4. *Estereotipo sociológico*, es uno de los cuales está marcado por la sociedad y radica principalmente en la forma en que se mira a la persona mayor dentro de la misma; se considera ante la sociedad que la vejez posee características negativas, como por ejemplo la pobreza, el asilo, el abandono y la soledad (Carbajo, 2009).

Carbajo (2009) menciona, que la vejez es estereotipada a través de definiciones equivocadas que están relacionadas con aspectos negativos como la marginación, la soledad, el abandono, el ser poco productivo, etc. Sin embargo, Fernández (en Carbajo, 2009) propone que en la vejez la persona mayor recupere su actividad y se integre en la sociedad.

En este capítulo exploramos las definiciones de envejecimiento y vejez, abordadas desde distintos autores. Mencionamos algunas de las teorías principales que explican el proceso de envejecimiento y los tipos de envejecimiento. Por último, incluimos el tema de vejez y algunos otros conceptos que están inmersos dentro del mismo para comprender el proceso de envejecimiento y los diferentes cambios que se presentan en esta etapa. Esta revisión permitirá contar con información teórica para analizar y comparar la información recolectada en el trabajo de campo.

## **Capítulo II. Calidad de Vida**

### ***II.1. Definición de Calidad de Vida***

En la actualidad, hablar de calidad de vida es algo complejo, ya que este término no tiene una conceptualización universal, por lo tanto, quienes hablan de ella formulan su propio concepto, incluyendo aquellos factores que consideran la definen (González-Celis, 2004). Es por esto, que existen varias definiciones sobre calidad de vida, las cuales abordaremos en el presente capítulo.

El concepto de calidad de vida comenzó a utilizarse en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, con el objetivo de conocer las percepciones que tenían las personas acerca de su vida y qué tan satisfechas o seguras se sentían financieramente al respecto (Urzúa y Caqueo, 2012).

A partir de los años sesenta del siglo XX, algunos investigadores comenzaron a indagar a profundidad el concepto de calidad de vida, recolectando información y datos acerca del nivel socioeconómico, educativo, y de vivienda, es decir, incorporaron nuevos elementos (Urzúa y Caqueo, 2012).

Además, en 1964, el presidente Lyndon Johnson utilizó el término calidad de vida, para referirse a los planes de salud que tenía para la población estadounidense. Para el año 1977, este término se catalogó como el más buscado en plataformas como el Index Medicus y en el sistema Medline, que son bases de datos médicas frecuentemente utilizadas por científicos y médicos (Botero y Pico; 2007).

Bognar (en Urzúa y Caqueo, 2012) indica que el concepto “calidad de vida” contiene datos objetivos, planteados por científicos sociales, como el estado socioeconómico, nivel educativo o el tipo de vivienda; mientras que Campbell y Rodgers (en Urzúa y Caqueo, 2012), desde la psicología, acordaron evaluar características subjetivas, como la felicidad y satisfacción.

Ahora bien, existen cinco agrupaciones que abordan los diferentes enfoques de calidad de vida, de acuerdo con los elementos que evalúan. Las tres primeras corresponden a Borthwick-Duffy en 1992, la cuarta fue planteada por Felce & Perry en 1995, y la última la propone Urzúa y Caqueo en 2012.

1. Condiciones de vida: esta perspectiva considera elementos medibles como la salud física, las interacciones sociales, las actividades productivas y de recreación, así como a todo aquello que poseemos para permanecer estables. Está estrechamente ligada a cantidad más que a calidad. Bajo esta perspectiva, la calidad de vida se mide por lo objetivo (material).

Este tipo de conceptos provoca diferentes problemas porque no existe un parámetro estándar o único que delimite o apunte con certeza lo que es una calidad de vida buena, en condiciones óptimas o favorables. De igual manera, no hay que olvidar que las condiciones de vida no sólo dependen del individuo, sino también de los intereses sociopolíticos que tenga una sociedad.

2. Satisfacción con la vida: Bajo esta perspectiva, los estudios evalúan la dimensión subjetiva que se refiere a la manera de percibirse individualmente; es decir, analiza los aspectos que hacen sentir bien al individuo, ésta principalmente se enfoca en mirar el lado subjetivo dejando de lado las condiciones de vida externas como lo son: el poder adquisitivo, la cultura, la sociedad, la política, etcétera. Esta categoría la evalúa el propio individuo a través de su experiencia y juicio; es decir, él es el único participante que tiene la capacidad de definir por sí mismo qué es la calidad de vida.

3. Condiciones de vida + satisfacción con la vida: dentro de esta perspectiva se consideran tanto las mediciones objetivas que representan las condiciones de vida, como las subjetivas, que se relacionan con la satisfacción con la vida; ambos indicadores son igual de importantes y útiles. Un hallazgo importante en la investigación de Wrosch y Huppert (2003), planteó que, al relacionar

indicadores objetivos con subjetivos, las personas tienden a valorar o brindar más peso a uno que a otro.

4. En la cuarta perspectiva se evalúan las condiciones de vida, más la satisfacción con la vida y los valores. En ésta, la calidad de vida es entendida como integradora de aspectos objetivos y subjetivos, además de la inclusión de los valores individuales; es por ello que ésta dependerá de la percepción que se tenga referente a ambos factores.

5. En la última posición, se encuentra (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida)\* Evaluación. Este enfoque propone que “el nivel de calidad de vida percibido por un individuo estaría fuertemente modulado por los procesos cognitivos vinculados a la evaluación que la persona realiza tanto de sus condiciones objetivas de vida, como del grado de satisfacción con cada una de ellas” (Urzúa y Caqueo, 2012, p.65). Es decir, cada individuo realiza un balance acerca de lo que requiere para mantener su calidad de vida.

Existen diversas definiciones acerca de calidad de vida, en algunas se prioriza el aspecto objetivo sobre el subjetivo o viceversa, y en otras se complementan. Por lo tanto, cada definición dependerá de la perspectiva con que se examine el concepto.

Es por ello, que podemos decir que el concepto de calidad de vida se ha ido transformando. Se han integrado nuevos factores que repercuten en la vida de las personas. Por ejemplo, Meeberg (citado por Urzúa y Caqueo, 2012) propone atributos que permiten diferenciar la calidad de vida de otros conceptos; entre ellos se encuentran: “(a) Sentimiento de satisfacción con la vida en general, (b) capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, (c) un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y (d) una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida.” (p. 70).

Por último, Fernández-Ballesteros (citado por Urzúa y Caqueo, 2012), indica que existen tres elementos fundamentales para hablar de calidad de vida los cuales son: (a) que es subjetiva, (b) cada persona asignará una puntuación distinta a cada dimensión, (c) el valor otorgado a cada dimensión puede variar a lo largo de la vida.

## ***II.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)***

La calidad de vida también se ha relacionado con el proceso de salud-enfermedad, constituyendo una categoría de análisis denominada calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

En la actualidad, la CVRS es un concepto utilizado en el terreno de la medicina. Su principal interés radica en evaluar los cambios que tiene la calidad de vida ante los cuidados médicos y el impacto en la vida diaria ante la presencia de enfermedades (Urzúa, 2010).

Shumaker y Naughton (citados por Soto y Failde, 2004) conjugan los enfoques de diversos autores, dando como resultado la siguiente definición: “la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de la salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que le permita seguir realizando aquellas actividades que le son importantes” (p. 54).

Además, de acuerdo con Ebrahim (citado por Urzúa, 2010), la CVRS tiene como finalidad: vigilar la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud y orientar los recursos de acuerdo con las necesidades.

Asimismo, los autores mencionan que “la aplicación de este concepto y su medición es de vital importancia en la atención primaria en salud” (Lemus et al., 2014, p. 1). Esto se debe a que facilitará la realización o elección de estrategias para una mejor intervención en salud pública.

Algunas investigaciones exploran cómo es la calidad de vida en presencia de enfermedades, que pueden presentarse en la etapa de la vejez, tales como: el Parkinson, Hipertensión y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2).

En el estudio “Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo, y la gravedad de la enfermedad”, Navarro y Marcon (2012) encontraron que la mayoría de los participantes presentaron los primeros síntomas de la enfermedad después de los 60 años. En los hombres, el tiempo de evolución de la enfermedad era mayor comparado con las mujeres. Con respecto a la calidad de vida, las mujeres presentaron mayor afectación en el bienestar emocional y en el desaliento corporal, (entendido como sensación de falta de energía, de agotamiento o cansancio) mientras que en los hombres se ven afectadas las actividades de vida diaria y el apoyo social.

También se ubicó que la mayoría de los individuos presentaba un decaimiento en su calidad de vida relacionada con sus capacidades motrices, ya que se involucra su independencia física, lo cual repercute en su libre movimiento. Además, se observó que un aspecto social que repercute en la calidad de vida son los estigmas sociales, ya que éstos limitan las actividades de la vida diaria provocando aislamiento social (Navarro y Marcon, 2012).

En el estudio de Monterrey et al. (2021), se realizó una investigación para evaluar la calidad de vida en personas mayores hipertensas. Los resultados obtenidos demostraron que existe una afectación de la calidad de vida en presencia de la enfermedad, ya que las personas mayores comienzan a utilizar gran cantidad de fármacos para tratarla; cabe señalar que algunos suelen tener

deterioro cognitivo, y esto influye en la administración de su medicamento, lo cual provoca que la persona mayor dependa de una tercera persona (Monterrey et al., 2021).

Por último, en el estudio de Guzmán et al. (2020) “Calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus- Tipo 2: Un estudio transversal en el sureste mexicano”, al concluir la investigación se encontró que los pacientes que acuden al primer nivel de atención y que se encuentran en la sexta década de la vida, tienen una calidad de vida afectada por el sobrepeso o la obesidad, especialmente los de sexo femenino, así como por el tiempo de evolución de la diabetes y la hiperglucemia. De igual forma, en la sección destinada a calidad de vida, se pudo percibir que los dominios que muestran mayor impacto son los de: energía-movilidad, ansiedad-preocupación y funcionamiento sexual.

En este apartado, abordamos como algunos autores definen la CVRS. La mayoría de los estudios, se enfocan en explorar cómo es la calidad de vida de las personas que pueden llegar a presentar alguna enfermedad.

### ***II.3. Aspectos Objetivos y Subjetivos para Evaluar la Calidad de Vida***

En este apartado se abordarán algunos aspectos objetivos y subjetivos que se utilizan para evaluar la calidad de vida. Es importante señalar que algunos estudios tienen un enfoque cuantitativo en los que se evalúan aspectos objetivos tales como el ingreso, la educación, la seguridad social, entre otros. Por otro lado, existen investigaciones que buscan recabar la percepción de los individuos, por lo tanto, utilizan un enfoque cualitativo, que les permite conocer la subjetividad del individuo respecto a su calidad de vida.

**II.3.1. Aspectos Objetivos.** Dentro del aspecto objetivo se evalúan indicadores sociales, de estabilidad económica, programas sociales, educacionales, indicadores macrosociales, entre

otros. A continuación, se presenta la tabla 2, que esquematiza los principales autores y los aspectos que incluyen en su evaluación.

**Tabla 2. Propuestas de Aspectos Objetivos.**

<b>Autor</b>	<b>Propuestas de aspecto objetivo</b>
<b>Bauere (en Moreno y Ximénez, 1996)</b>	Destaca que para definir si la calidad de vida de una población es adecuada se estudian aspectos cuantitativos y objetivables, los cuales tienen un enfoque sociológico y económico, que son aspectos externos al individuo.
<b>Bloom (citado por Moreno y Ximénez, 1996)</b>	Señala que entre los indicadores sociales se utilizan: la salud, la educación, el bienestar social y la seguridad ciudadana, los cuales permiten establecer la calidad de vida de una población.
<b>Levi y Anderson (citado por Moreno y Ximénez, 1996)</b>	Asumen la propuesta de las Naciones Unidas en donde se precisan nueve componentes objetivos: 1. salud, 2. alimentación, 3. educación, 4. trabajo, 5. vivienda, 6. seguridad social, 7. vestidos, 8. ocio, 9. derechos humanos, que constituyen el nivel de vida de las personas.
<b>Quintanar (2010)</b>	Evalúa indicadores económicos, tales como; producto interno bruto, los ingresos per cápita, así como los aspectos educacionales, como el índice de alfabetismo y el acceso a los servicios de educación.
<b>Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD, 1990-2000)</b>	Evalúa aspectos objetivables relacionados con la salud, como la esperanza de vida, la nutrición, los servicios de salud a los que se tiene acceso, índices de mortalidad infantil y un aspecto social que es la delincuencia (en Quintanar, 2010).

Fuente: Elaboración propia

Han existido desacuerdos entre los investigadores, porque al momento de seleccionar y otorgar cierto peso a los indicadores, algunos opinan que unos son más relevantes que otros. López (citado por Quintanar, 2010) señala que algunos estudios se realizan a nivel macrosocial, y, como consecuencia, no se puede examinar si los indicadores afectan de la misma manera a nivel individual.

**II.3.2. Aspectos subjetivos.** Dentro de este apartado mencionaremos algunos aspectos subjetivos tales como: felicidad, bienestar subjetivo, productividad personal, seguridad percibida, salud percibida, satisfacción con la vida, pensamientos, sentimientos, condiciones cognitivas y afectivas, familia y tiempo libre.

A continuación, se presenta la tabla 3, que describe aspectos subjetivos que consideran algunos autores para evaluar la calidad de vida.

**Tabla 3. Aspectos que Integran la Calidad de Vida Desde el Punto Subjetivo.**

<b>Autor</b>	<b>Aspectos que integran la Calidad de Vida desde el punto subjetivo</b>
<b>Nava (2012)</b>	Se toma en cuenta la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida.
<b>Rojas y Martínez (2012)</b>	Señalan que el bienestar subjetivo es medible, teniendo en cuenta la felicidad y la satisfacción con la vida, los cuales son componentes principales de la calidad de vida.
<b>Moyano y Ramos (2007)</b>	Satisfacción con la vida (interacción con el entorno micro y macrosocial) y la felicidad.
<b>Schnettler et. al. (2014)</b>	Se valora positivamente la relación familiar, la salud, el tiempo libre, entre otros aspectos.
<b>Marcial et. al. (2016)</b>	Agregan la dimensión cognitiva, refiriéndose a la evaluación que la persona hace sobre su vida.
<b>Diener (citado en Sanabria 2016)</b>	Evalúa el bienestar, con base en cuatro componentes; afecto positivo (alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad, éxtasis), afecto negativo (culpa y vergüenza, tristeza, ansiedad y preocupación, enfado, estrés, depresión y envidia), satisfacción con la vida (deseo de cambiar la vida, satisfacción con la vida actual, satisfacción con el pasado, satisfacción con el futuro y satisfacción con cómo otros ven nuestra vida) y los dominios de satisfacción (trabajo, familia, ocio, salud, ingresos, con uno mismo y con los demás).

Fuente: Elaboración propia

Como se ha visto, la calidad de vida integra diversos aspectos, y evaluarlos es un tema complejo. Rojas y Martínez (2012) mencionan que estudiarlos implica diversas etapas o interpretaciones. Hablar de subjetividad no es sinónimo de analizar términos académicos estandarizados; en otras palabras, al hablar de subjetividad se exploran y conocen las vivencias de cada una de las personas. Rojas y Martínez (2012) recalcan que las personas son las únicas que tienen la capacidad para reportar si su bienestar es o no el adecuado.

Los autores mencionan que, metodológicamente hablando, no es correcto hacer afirmaciones desde una posición externa, es decir, para que se pueda definir cómo es la calidad de vida de los individuos, es necesario considerar la apreciación que tiene la persona sobre su vida, ya que los demás sólo vemos lo que está a su alrededor, lo cual es importante, pero también es necesario escuchar lo que las personas tienen que decir.

Realizar estudios cualitativos que exploran aspectos subjetivos permite encontrar la verdadera esencia individual de la calidad de vida de las personas, ya que no se mide con parámetros rígidos que limitan el conocer la propia perspectiva de las personas mayores.

#### ***II.4. Instrumentos para evaluar la calidad de vida***

Para evaluar la calidad de vida, existen diversos instrumentos que analizan el nivel de calidad de vida de los individuos. En este apartado abordaremos algunos de ellos.

En la década de los 90's la OMS, formó un equipo de trabajo con investigadores de diversos países para generar una definición global acerca de calidad de vida y cómo medirla. Como resultado se diseñó el instrumento World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) (Espinosa et. al., 2011).

El objetivo principal del instrumento es evaluar la calidad de vida que percibe el individuo, otorgando un perfil individual que se refleja a partir de la puntuación total de las áreas que lo constituyen. Dicho instrumento puede ser aplicado a la población en general o a pacientes (WHOQOL GROUP, en Sanabria, 2016).

Existen tres versiones del WHOQOL: el World Health Organization Quality-of-Life 100 (WHOQOL-100), el World Health Organization Quality-of Life-Bref (WHOQOL-BREF)

(Sanabria, 2016) y el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD), el cual es una versión para personas mayores (OMS, 2006).

Sanabria (2017), menciona que el instrumento WHOQOL-100 está constituido por 100 preguntas sobre la calidad de vida y salud en general, enfocada en 6 categorías: salud física (dolor e incomodidad, energía y fatiga, actividad sexual, dormir y descansar, y funciones sensoriales), salud psicológica (sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos), niveles de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias medicinales y ayudas médicas, dependencia de sustancias no medicinales «alcohol, tabaco, drogas», capacidad de comunicación y capacidad de trabajo), relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social y actividad como proveedor/colaborador), ambiente (libertad, seguridad física y protección, entorno del hogar, satisfacción laboral, recursos financieros, asistencia sanitaria y social: accesibilidad y calidad, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación y oportunidades para actividades recreativas/de ocio, medio físico «contaminación/ruido/trafico/clima», y transporte) y espiritualidad/religión/creencias personales (Sanabria, 2016).

Por el otro lado, el WHOQOL- BREF es la versión breve del WHOQOL-100 ya que cubre una cuarta parte de éste. Contiene 26 preguntas, de las cuales 2 califican la calidad de vida en general y la salud general. Las otras 24 crean un perfil referente a la calidad de vida de la persona en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (Sanabria, 2016).

Se le indica al participante que responda pensando en las dos últimas semanas transcurridas, ya que cada individuo por sí solo debe contestar los ítems o preguntas del cuestionario, de no poder realizarlo, o en el caso de no saber, o poder leer o escribir, se puede elaborar por medio de una entrevista (Sanabria, 2016).

De igual forma, el instrumento WHOQOL-OLD propuesto por la OMS, y específicamente dirigido a las personas mayores, permite evaluar el impacto de los servicios que se encuentran a su disposición, así como de las estructuras sociales que inciden en su calidad de vida (OMS, 2006).

Dicho instrumento consta de 24 ítems en una escala tipo Likert, los cuales se encuentran distribuidos en 6 dimensiones, entre las que se encuentran: 1) Habilidades sensoriales (funcionamiento sensorial y el impacto de la pérdida de habilidades sensoriales); 2) Autonomía (independencia en la vejez y decisiones libres); 3) Actividades pasadas, presentes y futuras (satisfacción sobre los logros en la vida y en las cosas que esperan); 4) Participación social (participación en las actividades cotidianas de la comunidad); 5) Muerte (preocupaciones y temores sobre la muerte); 6) Intimidad (relaciones personales e íntimas). Los puntajes de dichas dimensiones pueden oscilar entre 4 y 20 puntos (OMS, 2006).

Existen otros instrumentos para medir la calidad de vida, como lo son la escala de FUMAT, la cual evalúa de forma cuantitativa las dimensiones de bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, auto determinación, y derecho (Sanabria, 2016).

La escala de calidad de vida de Sharlock y Keith valora cuatro dimensiones, la satisfacción, competencia-productividad, autodeterminación-interdependencia y pertenencia social-integración en la comunidad (Sanabria, 2016).

Existen diversos instrumentos que ayudan a evaluar la calidad de vida de las personas, sin embargo, es importante tener presente el objetivo de las investigaciones ya que de esto dependerá el tipo de instrumento a utilizar, ya sea con fines cualitativos o cuantitativos.

### **Capítulo III. Calidad de Vida de la Persona Mayor**

#### ***III.1. Calidad de Vida de la Persona Mayor***

En este tercer capítulo abordaremos la calidad de vida de la persona mayor, ya que dentro de esta etapa se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales, diferentes de otros grupos etarios.

Flores et al. (2018) señalan que se debe tener en cuenta la etapa de la que se está hablando al referirse a la calidad de vida. En la vejez es cuando más cambios ocurren, es posible que se presenten algunas enfermedades crónico-degenerativas, quizá existan carencias económicas, se pierdan seres queridos o las personas se enfrenten a estrés por el proceso de jubilación.

Cuando la calidad de vida de los individuos se incrementa, esto provoca que disminuya la incapacidad en las personas; sin embargo, esto no es sinónimo de que las personas cuenten con una calidad de vida óptima (Quintanar, 2010). Si la persona mayor padece alguna enfermedad crónica, puede presentar miedo ante la disminución o pérdida de funcionamiento, tanto mental como físico, y provocar que sienta que pierde el control sobre su vida. Estas condiciones son consideradas como desfavorables, y ocasionan que la vida de las personas mayores sea más complicada, presentándose casos de depresión y aislamiento. Por lo tanto, la calidad de vida de las personas en la etapa de la vejez puede ser diversa, ya que depende de múltiples elementos (González-Celis, 2010).

Diversos autores mencionan algunos de los elementos que se deben tener en cuenta cuando se habla de calidad de vida en la persona mayor. Dentro de las primeras definiciones de calidad de vida, Fernández Ballesteros (1998) señaló que existen “una serie de componentes teóricos y empíricos que parecen determinar la calidad de vida” (en Flores et al., 2011, p.94).

Algunos de estos elementos son: tener y disfrutar de buena salud, tener la capacidad de cuidar de uno mismo, contar con buenos ingresos económicos y con una pensión económica. También

destacan la importancia de establecer y mantener relaciones sociales (familia y amigos), contar con una actividad de interés, tener acceso a los servicios de salud, así como a los servicios sociales. Asimismo, es importante tener una casa que cuente con ambiente confortable, que la persona se sienta satisfecha con lo que ha vivido, así como tener la oportunidad de aprender cosas nuevas en temas educativos y culturales de interés (Flores et al., 2011).

A esto se le añade lo que indica Quintanar (2010), al hablar de calidad de vida en las personas mayores, se deben estudiar y analizar temas relacionados con la salud, el estado funcional de las personas, la anticipación de posibles incapacidades que se pueden presentar y a todos aquellos elementos de riesgo, que impidan garantizar el correcto desarrollo biológico de las personas mayores.

Lawton, en 1982, intentó integrar las dimensiones tanto objetivas como subjetivas que conforman la calidad de vida. Desarrolló un modelo popular, en el cual propuso que el bienestar de las personas mayores se puede explicar mediante el concepto de “buena vida”. Éste se desarrolla con un enfoque cuatripartito: En primer lugar se encuentra la competencia social y conductual (en la que se encuentra la salud, la cognición, cómo se usa el tiempo libre y cómo se comportan las personas en el entorno social); la calidad de vida percibida (la cual se mide mediante la subjetividad de cada individuo, cómo evalúa su vida); en tercer lugar está el bienestar psicológico (salud mental, emociones y satisfacción por la vida que se ha tenido), y, por último, se encuentra el entorno externo (aquí se analizan los recursos económicos y la vivienda con la que se cuenta). Es importante mencionar que con el paso del tiempo el concepto de “buena vida” se cambió por el de “calidad de vida” (Mollenkopf y Walker, 2007).

Rubio et al. (2015) enfatizan en aspectos económicos y sociales, mencionan que la calidad de vida en la vejez es un concepto que está estrechamente relacionado con la seguridad económica y

con el proceso de inclusión social, los cuales deben asegurarse mediante infraestructuras de apoyo y de redes sociales. Éstos permitirán que las personas mayores continúen activas en diversas actividades comunitarias y puedan transmitir sus vivencias a los individuos más jóvenes, así como compartir con los demás su estilo de vida y los desafíos a los que se enfrentan. Esto ayudará a que la persona mayor se sienta incluida en la sociedad.

Por otra parte, Flores et. al. (2018) indican que al momento de definir cómo es su calidad de vida, algunas de las personas mayores suelen darles mayor peso a los siguientes factores: relaciones familiares, apoyos sociales, salud, capacidad funcional, e ingresos económicos. Los autores señalan que las personas mayores consideran importantes estos factores, ya que se relacionan con su autonomía, y les permiten tener la capacidad de desarrollar, participar y ejecutar actividades.

Ahora bien, Mollenkopf y Walker (2007) enfatizan en los estilos de vida, porque refieren que la calidad de vida es el resultado de cómo se combinaron e interactuaron los diversos componentes que integran la vida de cada individuo. En otras palabras, si las personas lograron tener buenos hábitos alimenticios, cuentan con un patrimonio (casa e ingresos económicos sólidos), vida social activa, entre otros elementos que se “trabajan” cuando se es joven, esto ayudará o propiciará que la calidad de vida en la etapa de la vejez sea más satisfactoria.

Aunque se han mencionado los componentes que se deben tener en cuenta al hablar de calidad de vida, Aponte (2015) menciona que garantizar una correcta calidad de vida a las personas mayores es un gran reto a nivel internacional y nacional. Desde la visión biopsicosocial la autora señala que es necesario desarrollar planes de acción que garanticen a las personas mayores una buena atención tanto médica como psicológica además de una sociedad que dignifique a este grupo etario. Aponte (2015) comenta que el Estado debe planificar y crear políticas que garanticen a las

personas mayores ciertos ingresos económicos que faciliten el desarrollo de una vida digna y de calidad.

### ***III.2. Dimensiones biopsicosociales que inciden en la calidad de vida de las personas mayores***

Como se analizó anteriormente, la calidad de vida está determinada por dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y económicas, las cuales pueden modificarse y por ende la calidad de vida de la persona mayor puede cambiar.

**III.2.1. Dimensión Biológica.** Mendoza y Martínez (2015) mencionan que pueden existir cambios biológicos que son graduales y adaptativos dentro del cuerpo, dichas modificaciones surgen de manera individual ya que no todas las personas envejecen de la misma manera, es por ello que, todos presentamos una apariencia física diferente.

Es importante que las personas mayores, conozcan los cambios que puedan presentar tanto en órganos como en los sistemas durante el envejecimiento, con el propósito de mantener la función de estos y así evitar consecuencias negativas en su desempeño (Mendoza y Martínez, 2015).

Lorente (2014), señala que el envejecimiento es un proceso complejo, en el que se producen cambios en el cuerpo de la persona mayor. Enfocado desde la dimensión biológica, es visto como el deterioro evidente de la salud física y mental, generando diversas patologías, las cuales disminuyen la capacidad de la persona mayor. Sin embargo, el autor menciona que el proceso es complejo por los fenómenos asociados con este proceso.

Martínez y Mendoza (2015) describen un panorama de las principales afecciones que se presentan en la vejez biológica y los cambios sociales, la cual es una etapa normal e ineludible, donde los diferentes sistemas y órganos no son afectados por igual (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Posibles Afecciones Corporales y Cambios Sociales en la Vejez.**

<b>Sistemas y órganos</b>	<b>Alteración</b>	<b>Posibles cambios</b>
<b>Sistema nervioso</b>	El tamaño del cerebro se reduce un 10%, debido a la pérdida de las neuronas y la disminución de su estructura. Existen modificaciones que provocan lentitud en la coordinación de los movimientos, por ello existen variaciones en las funciones que controlan la postura y el equilibrio.	Afecta la autoestima, provoca ansiedad y sentimientos de inseguridad, lo que genera que la familia extirpe el cuidado de la persona mayor y se origine dependencia anticipada.
<b>Ojos</b>	Se presenta disminución en las glándulas lagrimales, se estrecha el conducto lagrimal lo que genera resequedad, se afecta la elasticidad del cristalino ya que se acorta.	Genera dificultad para realizar actividades de la vida diaria, altera el estado de ánimo e influye en las relaciones sociales, perjudicando la independencia de la persona mayor.
<b>Audición y equilibrio</b>	Oído: Se presenta dificultad para escuchar tonos agudos y los sonidos bajos. En el conducto auditivo se incrementan los vellos, provocando dificultad para eliminar el cerumen. Equilibrio: Se genera un deterioro en el control postural reflejo, que es el que ayuda al equilibrio.	Oído: genera molestias, irritabilidad y dificultad para interactuar con las personas debido al déficit en la escucha. Equilibrio: Afectan el moverse libremente y se actúa con precaución para evitar caídas.
<b>Olfato, gusto y fonación</b>	Reducción del número y tamaño de las papilas gustativas, así como de las células olfatorias, incluso disminuye la elasticidad de los músculos y cartílagos de la laringe. Provocando dificultad para tragar, el reflejo de toser y un cambio en el tono de la voz.	Olfato: pérdida de memoria (recuerdos personales) y disminución en la detección de peligros (ejemplo: olor a gas). Gusto: Genera el consumo excesivo de azúcar y sal, provocando discusiones familiares cuando se padece una enfermedad. Fonación: Impide la interacción social y provoca aislamiento.
<b>Sistema inmunológico</b>	Disminución y alteración de la inmunidad celular, así como de los anticuerpos.	Impedimento para llevar a cabo actividades de la vida diaria, lo que origina dependencia y modificación en las relaciones familiares.
<b>Sistema Cardiovascular</b>	Disminución en la elasticidad de los vasos sanguíneos, rigidez en los	Genera miedo e inseguridad para desplazarse e interactuar

	músculos del corazón y disminución de frecuencia cardiaca.	con las personas lo que lleva a una dependencia física y emocional perjudicando la vida familiar.
<b>Sistema respiratorio</b>	Disminución en la elasticidad de los cartílagos del tórax, por ello se debilitan los músculos respiratorios provocando la limitación en los movimientos para inhalar y exhalar.	Se produce debilidad, aislamiento, e incapacidad, por lo que se modifica la vida social ya que se limita la participación en actividades sociales.
<b>Sistema Digestivo</b>	Disminución en los movimientos del esófago y los intestinos, así como en la secreción de los ácidos del estómago. De igual forma el grosor del tejido estomacal se reduce por ello la absorción de los alimentos y el funcionamiento hepático es poco eficiente.	Tendencia al estreñimiento, intolerancia de ciertos alimentos lo que puede ocasionar malestar físico, modificando las relaciones personales debido a la irritabilidad, provocando aislamiento social.
<b>Sistema genitourinario</b>	Mujeres: Incontinencia urinaria, cuando se realiza esfuerzo físico, además de molestias o dolor al tener relaciones sexuales causadas por la resequedad de la mucosa vaginal. Hombres: Reducción en la potencia del chorro de la orina, así como dificultad para orinar.	Repercute en la autoestima y la percepción que se tiene sobre la misma persona. Pueden aparecer los sentimientos de minusvalía. Cuando se padece de incontinencia las personas suelen aislarse de los demás.
<b>Sistema musculoesquelético</b>	Se reduce el tamaño de los músculos, la capacidad de moverse, así como la pérdida de la fuerza, estatura, y tejido óseo.	Las personas se pueden irritar o sentirse limitadas al moverse lo que provoca dificultad para mantener relaciones familiares y sociales.
<b>Piel y tegumentos</b>	Disminución en la cantidad de proteína que cuida a la piel, y por ello se torna áspera. Reducción en el tamaño de las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos. Se presentan uñas gruesas pero frágiles.	Repercute en la percepción propia lo que provoca dificultad en la relación con la pareja, familia y sociedad.

Fuente: Elaboración propia basada en la información de Martínez y Mendoza (2015), del capítulo “Cómo cambia nuestro cuerpo cuando envejecemos”.

Al observar los diversos cambios que se presentan en la dimensión biológica, debemos tener presente que, para mejorar la calidad de vida en la persona mayor, se requiere realizar cambios en la vida cotidiana.

Maass y Reyes (2018), refieren que para mermar las enfermedades o discapacidades se debe mantener un control, mediante la práctica de estilos de vida saludables como la práctica de ejercicio físico, una buena alimentación, la ingesta de medicamentos indicados, y la regulación del estrés y la ansiedad.

Dentro de este aspecto existen dos recomendaciones básicas que las autoras mencionan. La primera es ser físicamente activos, donde se debe de tener un movimiento constante, el cual permitirá que el cuerpo mantenga sus funciones, asimismo los músculos y órganos se mantengan sanos y la segunda es comer sanamente buscando un equilibrio entre calidad y cantidad de alimentos (Maass y Reyes, 2018).

Lo que traen consigo estos cambios dentro de la calidad de vida de la persona mayor es que se conservará un cuerpo sano, el cual será una “base para ser independientes y autosuficientes en la larga etapa de la vejez” (Maass y Reyes, 2018, p. 22).

**III.2.2. Dimensión Psicológica.** La dimensión psicológica está ligada a la calidad de vida de la persona mayor, es por ello que Rivera-Lendesma et al. (citado por González-Celis, 2010), refieren que la calidad de vida se relaciona con algunos elementos psicológicos, tales como: la salud psicológica o mental, la actitud que tiene la persona mayor con respecto a su envejecimiento y la valoración de su capacidad y valía. Dichos puntos constituyen el proceso de la satisfacción de diversas necesidades y el cumplimiento de metas o propósitos que afrontará el adulto mayor en la etapa de la vejez.

Respecto a la salud psicológica o mental, la OMS (2004) la define como “un estado de bienestar de la mente, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (en Maass y Reyes, 2018, p.23).

La salud psicológica incide en la calidad de vida construyendo el bienestar de la persona mayor dentro de la comunidad. Es por ello que existen elementos relevantes para mejorar la calidad de vida, algunos son: realizar un proyecto, contar con un propósito al levantarse todos los días, disminuir el estrés, deseo por vivir, entre otros (Maass y Reyes, 2018)

Otro aspecto de la dimensión psicológica es la actitud que muestra la persona mayor respecto a su propio envejecimiento. La manera en cómo lo percibe está relacionada con la autoestima, la cual puede ser positiva (en alza) o negativa (en baja). La autoestima es el reflejo de cómo ve la vida cada individuo, asimismo se ve involucrada la valoración de uno mismo y la de los demás. (Peña et al., 2009). Por ende, ésta influirá en la manera en cómo se enfrentan los conflictos y dificultades de la vida. Dentro del envejecimiento, la persona mayor quizá experimente algunos cambios tales como la jubilación y el retiro. Estos pueden generar una situación de pérdida y minusvalía, y a nivel familiar podría llegar a sentirse inferior (Peña et al., 2009).

Para la persona mayor, según González-Celis y Padilla (citado por González-Celis y Lima, 2017), la autoeficacia estará vinculada al sentimiento de ser capaces de participar en la solución de cualquier circunstancia de su vida cotidiana, por lo que tener vínculos interpersonales y mantener un buen ambiente será parte esencial. Esto permitirá una visión favorable de la autoeficacia, la cual será reflejada en la calidad de vida.

Otros elementos que han sido incluidos en la dimensión psicológica en la calidad de vida de la persona mayor son: las emociones, los sentimientos (soledad y depresión), los pensamientos sobre la muerte y la espiritualidad.

Arroyo y Soto (2013), en su investigación *“La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores”*, encontraron cómo las personas mayores experimentan las

emociones existenciales (miedo) y las emociones provocadas por condiciones de la vida desfavorables (tristeza). Destacan lo siguiente:

- Miedo: en su estudio éste se relacionó con la experiencia que tiene la persona mayor respecto a alguna enfermedad y al deterioro en las funciones básicas.
- Tristeza: Es una de las emociones que más se presentan en las personas mayores. Arroyo y Soto (2013) señalan que varios autores lo atribuyen a que en esta etapa se tienen diversas pérdidas (de trabajo, relaciones sociales, afectivas, entre otras). Además, algunas personas mayores, suelen tener dificultades físicas que les impiden realizar las actividades que solían hacer, lo cual les genera tristeza.

De acuerdo con el estudio, las emociones que se presentan en las personas mayores son diversas y pueden variar, ya que dependen de las circunstancias en las que se encuentre la persona.

Parra et al. (en Chacón 2021) señalan que en la etapa de la vejez se observa que existe un daño biopsicosocial en la que la persona mayor suele ser aislada y rechazada por su entorno, lo que genera sentimientos negativos como la soledad. Papalia (en Chacón 2021) apunta diversas situaciones, en las que la persona mayor percibe la soledad, por ejemplo, la ausencia de un familiar, la muerte de algún ser querido o de la pareja sentimental.

Peplau y Perlman (en Chacón, 2021) señalaron que la soledad posee tres características: en primer lugar, escasa interacción entre las personas, esto impide la comunicación con los seres queridos y/o conocidos, seguido por la vivencia individual subjetiva, la cual se refiere a cómo la persona observa, comprende, analiza y actúa sobre las situaciones que lo rodean, y por último se encuentran factores estresantes o poco placenteros.

Martínez (2017) menciona que la depresión es un trastorno que se produce en mayor frecuencia en las personas mayores, en el cual se genera tristeza y baja autoestima. La OMS señala que el

25% de las personas mayores de 65 años sufren alguna alteración psiquiátrica, de entre las cuales la depresión es la más común.

La depresión influye en la calidad de vida, ya que como lo señala el INAPAM (2021), afecta física y mentalmente a las personas mayores. En el aspecto afectivo existen sentimientos de dolor profundo, culpa, soledad, decaimiento, desesperanza, así como el malestar e impotencia frente a los requerimientos de la vida cotidiana. En el ámbito cognitivo se manifiesta baja atención, disminución en la concentración y la memoria, y pueden existir pensamientos de muerte y suicidio. Por último, en el aspecto físico se presenta dolor de cabeza, alteraciones en el ciclo de sueño y fatiga.

Otro de los aspectos relevantes dentro de la dimensión psicológica es la muerte, ya que al llegar a la etapa de la vejez, las personas mayores suelen evaluar los acontecimientos a lo largo de la vida, en donde por un lado comienzan a reconocer sus experiencias y a buscar motivaciones para aceptar la muerte propia o de algún familiar; y por otro lado, se tienden a presentar emociones negativas al reconocer que se podrían encontrar en la última etapa de la vida, y por ende, evitar hablar de ello (Durán et al., 2020).

Durán et al. (2020) señalan que las experiencias de vida determinan el significado que las personas mayores le brindan a la muerte y al proceso de morir, ya que esto dependerá de sus antecedentes y acontecimientos vividos.

En el estudio “Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores”, en una muestra de 99 personas mayores, se encontró que, en la escala global, el 87.9 % mostró algo de miedo ante la muerte y el proceso de morir, y el 12.1 %, mucho miedo. Además, el estudio demostró que, a menor miedo a morir, mejor calidad de vida (Durán et al., 2020).

Ahora bien, otro elemento importante es la espiritualidad. Kaplan y Berkman (2021) refieren que ésta es intangible e inmaterial, por lo tanto, puede considerarse como un término amplio que no está asociado con un grupo u organización en particular. Se puede relacionar con los sentimientos, creencias, experiencias y las conductas asociadas al espíritu o búsqueda de lo sagrado.

Castañeda y Guerrero (2019) mencionan que la espiritualidad puede estar ligada a la religión; también señalan que es un componente importante para la persona mayor. Un aspecto en el que se centra la espiritualidad es cómo la persona mayor confronta el proceso de morir y la muerte, al igual que la satisfacción vital (Castañeda y Guerrero, 2019).

Castañeda y Guerrero (2019) señalan que, en las personas mayores, hay mayor fe y práctica de la religiosidad. Esto les da sentido de pertenencia y satisfacción vital. Asimismo, ayuda a disminuir el temor a la muerte y brinda soporte en la enfermedad. Cabe señalar que no en todas las personas mayores se puede generar este aspecto, ya que cada uno lo experimenta de diferente manera.

Por último, se debe tener presente que si bien existirán cambios psicológicos que involucran emociones, sentimientos (soledad y depresión), pensamientos sobre la muerte y espiritualidad, cada uno tendrá su propia percepción de manera negativa o positiva y no debe de generalizarse o crear estigmas que perjudiquen la calidad de vida de la persona mayor en un futuro.

**III.2.3. Dimensión Social.** En este apartado se menciona la importancia de los vínculos sociales (familia, amigos y vecinos), el reconocimiento y la inclusión social, así como los nuevos roles que la sociedad va asignando, los estereotipos y vínculos intergeneracionales y su relación con la calidad de vida de las personas mayores.

***La Importancia de los Vínculos Sociales.*** Con respecto a la dimensión social es necesario contar con diferentes vínculos sociales en la vejez. Dentro de éstos se encuentran: la familia, los amigos, los vecinos, y la sociedad en general.

Del Valle y Coll (2011), mencionan que las redes sociales son todas aquellas relaciones que establecemos con las demás personas, unidas de manera significativa por una serie de ideales, creencias, compromisos, cultura, etc. Por medio de ellas se crea un vínculo o enlace que interconecta a las personas o a las comunidades haciendo que se sientan pertenecientes e importantes dentro de la sociedad.

El permanecer en constante interacción con los otros contribuye al ánimo y a la mejora en la actitud, así como sentirse parte de un grupo social. Esto permite desarrollar una vida plena y contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas.

***La familia.*** Uno de los principales grupos sociales con los que interactúan las personas mayores es la propia familia. La familia es el conjunto de personas unidas por un lazo sanguíneo, de parentesco, de matrimonio o adopción. Sin embargo, no es necesario unirse de estas maneras, basta con la conexión sentimental. Además, se puede vivir bajo el mismo techo o estar habitando en lugares separados (Zavala et. al., 2006). Para muchos adultos mayores, la familia es con quien mayor interacción existe, se frecuentan a menudo y comparten creencias, costumbres e ideales.

De igual forma, de acuerdo con González–Celis, (2010) la familia es la red más importante durante la etapa de la vejez porque contribuye a la prolongación de la vida de las personas mayores en la estructura familiar. La familia tiene un modelo en el cual cada miembro desempeña un rol de suma importancia dentro del núcleo familiar. La persona mayor, a lo largo de su vida, ha desempeñado diferentes actividades de acuerdo con su edad, al llegar a la vejez se le asigna o se

elige un nuevo papel a desempeñar, por ejemplo: el cuidar a los nietos, brindar apoyo moral y de sabiduría o bien desempeñar una tarea del hogar que sea de su agrado.

*Amigos y vecinos.* La relación de amigos ha sido considerada como un vínculo no familiar dentro de la red de apoyo social de las personas mayores que sirve para proporcionar altos niveles de satisfacción. Este tipo de relaciones forman parte de una red de apoyo que cumplen funciones variadas entre las que se destacan: el apoyo emocional, de consejo y guía (Arias y Polizzi, 2011).

Concha et al. (en Arias y Polizzi, 2011) señalan que la amistad es aquella relación que permite a las personas elegir con quién relacionarse. Ahora bien, cuando las personas mayores mantienen estas redes, se genera una sensación de satisfacción porque suelen recordar anécdotas que vivieron en compañía de sus amigos. Montes de Oca (en Arias y Polizzi, 2011) añade que los amigos son fuentes secundarias de apoyo, ya que, son los amigos quienes apoyan a las personas mayores en circunstancias difíciles. Tal es el caso de quienes viven lejos de la familia o de quienes no cuentan con algún apoyo familiar.

Giles et. al. en 2005 realizaron un estudio con personas mayores de 70 años, y encontraron que quienes poseen una red sólida de amigos y confidentes viven más tiempo, en comparación con quienes no la tienen. Si bien, los investigadores no encontraron causas explicativas del por qué este vínculo tiene dicho efecto sobre la mortalidad, se especuló que los amigos pueden influir de manera positiva en la salud, proporcionando ánimo para buscar ayuda médica, mejorar el humor, la moral, la autoestima (citado por Arias y Polizzi, 2011).

Es importante recordar que los vínculos de amistad que se establecieron en etapas anteriores de la vida son muy importantes. Sin embargo, las personas mayores también suelen generar nuevos, ya que la capacidad de socializar sigue intacta.

Con respecto al vínculo entre la persona mayor y sus vecinos, éste se crea a partir del contacto cercano con el vecindario, además suele ser más fuerte si las personas mayores no cuentan con descendencia o hijos residentes en su localidad (López et al., 2001).

Asimismo, los vecinos comienzan a tener protagonismo en la vida de las personas mayores cumpliendo la función de vigilar. Así las personas mayores sienten tranquilidad de saber que se cuenta con alguien cercano y de confianza que apoye en los momentos más difíciles, por ejemplo, una urgencia sobre algún problema de salud, o un accidente doméstico. Al mantener dicha confianza, es común dejar una copia de las llaves de su casa a los vecinos más cercanos para su intervención (López et al., 2001).

Por otro lado, González-Celis y Lima (2017) señalan algunas de las consecuencias de no tener vínculos: la persona mayor comienza a perder cierto grado de interrelación personal, comienza a sentirse ajeno a los demás, y a debilitarse el rol que desempeña en la sociedad, e inclusive a sentirse menos que los otros.

**Reconocimiento Social.** Otro aspecto importante dentro de la sociedad, de acuerdo con Zavala et al. (2006), es el reconocimiento social y la manera en cómo se integra a la persona mayor. Es por ello que se abordará: la inclusión social, nuevos roles que la sociedad asigna, estereotipos sociales y vínculos intergeneracionales.

**Inclusión Social.** La "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" tiene por objetivo "Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión e integración y participación en la sociedad" (Cisternas, 2018, párr. 7).

La Convención Interamericana incluye como prerequisites para lograr la inclusión social que la persona mayor cuente con el derecho a la facilidad del entorno físico, social, económico, cultural y al desplazamiento personal para garantizar que la persona mayor pueda vivir de manera autónoma y participar en todas las cuestiones de la cotidianidad. Asimismo, señala que debe asegurarse el libre acceso a transporte, información y comunicaciones (Cisternas, 2018).

Con respecto a la inclusión laboral, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2002) señala que ésta se relaciona con que la persona mayor pueda contar con ingresos dignos a cambio de su trabajo o durante su jubilación, así como tener el derecho a participar en la vida de la comunidad a través del empleo, el trabajo voluntario y actividades de su agrado.

En México, con el fin de establecer la igualdad en el ejercicio de derechos de las personas mayores que garanticen el pleno goce de salud, bienestar, seguridad económica, así como de calidad de vida, se creó el Instituto Nacional de los Adultos Mayores, INAPAM (INAPAM, 2012).

El INAPAM (2012) tiene como objetivo, coordinar, promover, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas que pueden afectar a este sector poblacional. Éste ha sido un gran avance, ya que es un pilar clave que obliga al Estado y a la sociedad a reconocer y validar los derechos de las personas mayores. El INAPAM promueve acciones que fomentan el desarrollo integral de las personas mayores, así como su inclusión en el ámbito económico y social de la vida comunitaria. (INAPAM, 2012).

Sin embargo, cuando no se logra la inclusión social de la persona mayor, se generan discriminación y maltrato que afectan la calidad de vida, por ejemplo, la violencia institucional que se ve reflejada en el incumplimiento de las leyes, normas sociales, comunitarias y culturales que minimizan la imagen de la persona mayor (Romero, 2021).

***Esteriotipos Sociales.*** De acuerdo con Chawla (citado por Zavala et al., 2006), las personas mayores no siempre dependen de alguien como consecuencia de una deficiencia física, sino por la forma en que la sociedad los clasifica o estereotipa. Un ejemplo cotidiano ocurre cuando la sociedad considera que la persona mayor lo que necesita es descansar. Sin embargo, al preguntarles a las personas mayores, lo que ellos desean es involucrarse en la vida comunitaria.

Álvarez (2018) menciona algunas consecuencias en la calidad de vida de la persona mayor cuando se le estereotipa negativamente con la idea de la desvinculación social, entre las cuales está verse privado de participar libremente en actividades sociales, políticas, económicas, culturales, espirituales, cívicas entre otras. Provocando marginación, muerte social, se desestima el conocimiento y la experiencia que la persona posee.

En México, hace falta mayor trabajo en políticas de inclusión social para este grupo etario en los ámbitos político, cultural y social. Por ejemplo, en lo político, cuando la persona mayor necesita ejercer su voto y se encuentra con una limitación física se le imposibilita acudir a la casilla electoral, ya que en ocasiones no se cuenta con un cuidador. Por lo tanto, se deben considerar nuevas posibilidades para que las personas mayores puedan ejercer este derecho.

***Vínculos intergeneracionales.*** Otro elemento que resaltar es la falta de convivencia intergeneracional, que es todo aquel intercambio cultural entre generaciones jóvenes y personas mayores, así como el compartir ideales y experiencias motivadoras que generarán personas mayores sanas y generaciones exitosas para el futuro.

En México, no existen programas sociales dirigidos al fomento de vínculos intergeneracionales, sin embargo, a nivel internacional, las iniciativas se caracterizan por compartir e intercambiar apoyos afectivos (emocionales), funcionales (apoyo en actividades básicas cotidianas), instrumentales (ayuda adquirida para la realización de tareas específicas, como el manejo del

dinero o de las nuevas tecnologías) y materiales (ayuda otorgada en dinero, bienes como comida, ropa, etcétera) entre diferentes grupos etarios (Salazar y Castro, 2019). En dichos programas la sociedad se reúne e involucra en beneficio y apoyo de las personas mayores.

En España, por ejemplo, existen dos categorías de apoyo, en primer lugar, se fomentan grupos de apoyo afectivos eficaces que se sostienen colaborativamente para llegar a un fin en común. Estos no se centran en el vínculo sino en actividades artísticas, recreativas, narrativas, o educativas. Se realizan principalmente con población infantil y personas mayores que comparten tiempo y espacio. (Salazar y Castro, 2019).

Como segunda categoría se encuentran los programas que se especializan en brindar afecto y crear redes comunicativas entre estudiantes universitarios y personas mayores. Dada la falta de convivencia intergeneracional que se tiene en algunos países, como el caso de España, este programa trata de relacionar e interconectar a ambos grupos para dejar el mejor legado cultural que es la experiencia (Salazar y Castro, 2019).

Como se ha mencionado, existen aspectos sociales que inciden o repercuten en la manera en la que se desenvuelven las personas mayores dentro de su entorno, ya que la sociedad se encarga de catalogar o estereotipar sus acciones, opiniones, percepciones y comportamientos.

**III.2.4. Dimensión Material (Económica).** En el capítulo II, se exploró la dimensión económica y su relación con la calidad de vida en general. En este apartado se explora la definición de ingreso económico, las formas de obtención de ingresos (actividades remuneradas y jubilación y pensión) y el consumo de bienes materiales (atención en salud, alimento, vestido y vivienda) y su relación con la calidad de vida de las personas mayores.

***Ingresos económicos.*** Uno de los factores relevantes para cubrir la necesidad básica de todo ser humano es el ingreso. El ingreso económico solventa gastos médicos, de alimento,

vestimenta, entre otros (Millán, 2010). Cabe señalar que, en ocasiones, estos gastos no son sólo individuales, sino familiares ya que algunas personas mayores sostienen económicamente el hogar donde residen, por lo que el ingreso y la vía de conseguirlo, hace una diferencia entre las personas mayores que cuentan con una o varias fuentes de ingreso, obtenido de actividades remuneradas, fondos de pensiones, transferencias familiares, apoyos gubernamentales, entre otros (Millán, 2010).

a. Participación en actividades remuneradas

Algunas personas mayores suelen continuar en el campo laboral, principalmente por necesidad económica; sin embargo, algunos otros realizan actividades con la intención de aprender un oficio o sentirse participes en la sociedad (Montoya y Montes, 2009).

De acuerdo con la encuesta “Ahorro y Futuro ¿Cómo viven los mexicanos?” aplicada en 2013 a 2,111 personas mayores, se encontró que el 4 % de la población en edad de retiro sigue laborando; de ellas, el 16 % lo continúa realizando para mantenerse activa. Sin embargo, el 83 % trabaja porque necesita de un ingreso para subsistir. También es importante destacar que el 44 % de los mismos trabaja en empleo informal, es decir, en trabajos domésticos, como obreros, o como trabajadores por cuenta propia (Chemor y Noriega, 2015).

Con respecto a las actividades laborales, se piensa que en la etapa de la vejez se deterioran ciertas capacidades físicas y mentales y la sociedad deja de tomar en cuenta a las personas mayores para realizar labores de diversa índole, entre ellas el trabajo, lo que significa la pérdida del ingreso, por ende, existe una disminución en su seguridad económica (Huenchuan y Guzmán, 2006).

Contar con entornos adecuados para la participación de las personas mayores en trabajos remunerados permite respetar su independencia y autonomía, así como sentirse útiles y

autorrealizados, ya que se reconocen las habilidades y saberes que aportan a la sociedad (INAPAM, 2021).

#### b. Jubilación

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE), “jubilado” es aquella persona que por su edad avanzada ha cumplido con el ciclo laboral establecido y por ello deja de trabajar y recibe una pensión (Sánchez y Morales, 2018).

Goicochea (2019), indica que la jubilación es una nueva etapa a la que se enfrenta la persona mayor, ya que, en el ámbito de la seguridad social, éste es el término que se utiliza para indicar que el individuo se ha retirado de la esfera laboral, por lo que podrá gozar de la prestación de dinero que le ofreció la institución con la que mantuvo una relación laboral.

De esta forma, quien mantuvo una relación laboral formal, tendrá acceso a la pensión de cesantía en edad avanzada o vejez, la cual se le brinda al asegurado cuando cumple 60 o 65 años de edad, siempre y cuando cuente con el periodo mínimo de cotización que indica la ley (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2021).

Para algunas personas mayores, será una etapa de disfrute, felicidad e incluso de satisfacción por la labor que se cumplió, pero, para algunos otros podría ser una etapa negativa, que desencadene sentimientos como pesimismo, frustración, inclusive depresión, ya que sienten que han perdido valor y que ya no podrán aportar algo a su entorno (Goicochea, 2019).

Alpízar (2011) indica que la jubilación suele ser complicada cuando las personas sienten que al dejar de laborar han perdido todo. Se modifica la rutina diaria, los ingresos económicos disminuyen, existe un desajuste entre lo que se cree de la jubilación y lo que en realidad es, la jubilación puede llegar a ser una etapa estresante. Mata (en Alpízar, 2011) resalta que cuando una

persona se jubila, sufre daños que inciden en su autoestima, entre los que se encuentran la pérdida de rol social y laboral, amigos y compañeros.

Las personas mayores jubiladas pueden desarrollar nuevos papeles y habilidades en los que invertir el tiempo libre como ser voluntario en algo, viajar, o estudiar, esto permite fomentar la recreación (Alpízar, 2011). Sin embargo, según el INEGI (2022), en México, el 70% de las personas mayores trabajan de manera informal; debido a ello no cuentan con prestaciones ni un ingreso económico mensual, y continúan activos en el sector laboral informal.

**Pensión.** De acuerdo con la Real Academia Española (RAE) la pensión, es aquella cantidad periódica, temporal, o vitalicia brindada por la seguridad social teniendo como razón la jubilación, viudez, incapacidad u orfandad (Sánchez y Morales, 2018).

El Grupo Interdisciplinario de Investigaciones Sistémico-Interpretativas (GIISI) menciona que el sistema se conforma por dos grandes tipos de pensiones: las contributivas que se caracteriza porque el trabajador aporta de manera parcial o total recursos que en el futuro cubrirán su pensión de retiro, como por ejemplo el sistema de pensiones del IMSS, el ISSSTE, el ISSSFAM, así como el fondo laboral de PEMEX. Y las no contributivas las cuales son cubiertas en su totalidad por recursos públicos, como por ejemplo el programa de pensiones de la Ciudad de México, actualmente conocido como Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (Grupo Interdisciplinario de Investigaciones Sistémico-Interpretativas, S.C., 2017).

Madrigal (2010) menciona que “para las personas en edad avanzada, la necesidad de contar con una pensión como beneficio de la seguridad social se incrementa conforme las oportunidades de emplearse disminuyen en función de su edad y de sus condiciones de salud, e incluso como resultado de su menor capacitación o menores niveles de estudio con respecto al resto de la

población económicamente activa. La seguridad social está pensada para garantizar la protección y autonomía de los individuos” (s. p).

Por otro lado, Juárez y Rodríguez (2021), señalan que las pensiones no contributivas asignan recursos para el hogar, el consumo, el ahorro y la nutrición. Algunos estudios mencionan que las pensiones no contributivas mejoran el bienestar material de las personas mayores, impactando en el estado mental y de salud.

La pensión hoy en día es uno de los recursos económicos de mucha ayuda para las personas mayores.

**Bienes Materiales.** Madrigal (2010), en su estudio Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses, encontró que no existen una diferencia significativa en la calidad de vida en cuanto a la posesión de una vivienda, cuando se evalúan características como la localidad, edad, escolaridad de la persona mayor, sin embargo, si existe una gran diferencia respecto al equipamiento de la vivienda así como de la adquisición de bienes entre los residentes urbanos y los rurales.

Vera (2007) menciona que, para las personas mayores, la calidad de vida es importante porque se encuentra vinculada al bienestar y la satisfacción con la vida, cuyos factores están relacionados con la salud, el grado de interacción social y el ambiente. La persona mayor considera como principal elemento en la calidad de vida tener paz y tranquilidad en su vida, quienes buscan la satisfacción de las necesidades básicas como el vestido, calzado, alimento y vivienda es la familia.

Para la persona mayor es fundamental continuar manteniendo un lugar físico dentro de su vivienda y que se respeten sus bienes materiales. En otras palabras, a los familiares les preocupa proporcionarles los bienes materiales necesarios para cubrir sus necesidades básicas (Vera, 2007).

Por consiguiente, la seguridad y los ingresos económicos que se obtienen a través de la participación en actividades remuneradas, así como las pensiones y jubilaciones para el retiro, han tratado de cubrir las necesidades básicas de la persona mayor, pero lastimosamente eso aún no se cumple, ya que a lo largo de la vida se trabaja para contar con una seguridad social y económica, pero esto no significa que tendremos una calidad de vida placentera en el futuro, porque depende de los factores sociales, culturales, ambientales, de salud y políticos así como de la sociedad (Soria y Montoya, 2017).

## **Capítulo IV. Persona Mayor Residente de Cuauhtémoc**

### ***IV.1. Panorama Demográfico del Envejecimiento en la Ciudad de México, Alcaldía Gustavo***

#### ***A. Madero y Cuauhtémoc***

En este apartado se describen la localización y el panorama demográfico de la Ciudad de México, la Alcaldía Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc, así como otros datos referentes a las condiciones sociales de la población a nivel alcaldía. De igual forma se abordan brevemente aspectos políticos, de urbanización y organización social del barrio de Cuauhtémoc.

La Ciudad de México (antes Distrito Federal) es una de las 32 entidades federativas de la República Mexicana, cuenta con 16 demarcaciones o alcaldías. Colinda al norte, este y oeste con el Estado de México y al sur con el Estado de Morelos (INEGI, 2020). Es una entidad pequeña ya que representa sólo el 0.1 % del total del territorio nacional. Su población es de 9 millones 209 mil 944 personas, de las cuales el 47.8 % (4, 402,353) son hombres y el 52.2% (4, 807, 591) son mujeres (INEGI, 2020).

De acuerdo con el Sistema de Consulta de Información Censal 2020 (SCINCE), en la Ciudad de México habitan 1 millón 491 mil 619 personas mayores que representa el 16.2 % de la población del país. El 57.4 % (856, 300) son de sexo femenino y el resto, 42.6 % (635, 319) son de sexo masculino (INEGI, 2020).

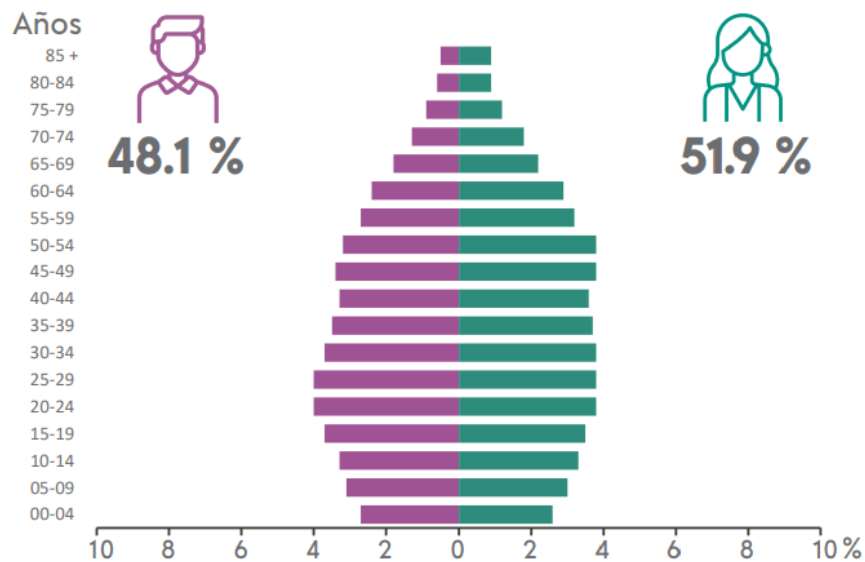
Con respecto a la alcaldía Gustavo A. Madero, es una de las demarcaciones de la Ciudad de México, colinda al norte y al este con el Estado de México; al sur con las alcaldías Venustiano Carranza y Cuauhtémoc; mientras que al oeste con la alcaldía Azcapotzalco y el Estado de México (INEGI, 2010).

Es la segunda demarcación territorial de la Ciudad de México con mayor población (1 millón, 173 mil 351 habitantes). Del total, el 51.9 % (608, 969) son mujeres y el 48.1 % (564, 382) son

hombres (ver figura 3). La edad mediana es de 36 años (INEGI, 2020). Respecto a las personas mayores (SCINCE, 2020), el 17.3 % (202 mil 990) corresponde a personas de 60 años y más, de las cuales, el 57.2 % (116 mil 162) son mujeres, mientras que el 42.8 % (86 mil 828) son hombres.

### Figura 3.

#### *Pirámide Poblacional de la alcaldía Gustavo A. Madero.*



*Nota:* En la imagen se puede observar la pirámide poblacional de la alcaldía Gustavo A. Madero, 2020, donde el color morado representa a los hombres y el verde a las mujeres. Tomado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (pág. 23), por INEGI, 2021.

En la actualidad, la población en la alcaldía aún es joven, ya que las edades que predominan son entre los 18 a 29 años, por ello la pirámide poblacional, tiene un aspecto amplio en estos rangos etarios. Sin embargo, las proyecciones poblacionales indican que dicha pirámide sufrirá modificaciones considerables, su base será más estrecha y la cúspide más amplia, en pocas palabras, la pirámide poblacional tendrá una inversión, lo que refleja un proceso de envejecimiento poblacional (ONU, 2020).

Existen algunos indicadores sociales como asistencia médica, vivienda, escolaridad y analfabetismo, que permiten conocer, de manera general, las condiciones de vida de la población en la alcaldía. Con respecto a la asistencia médica en Gustavo A. Madero, existen diversas formas de atención. Sin embargo, no toda la población cuenta con cobertura médica, el 74.3 % de la población (871, 800 personas) se encuentra afiliada a los servicios de salud, a través del IMSS, INSABI, ISSSTE o ISSSTE estatal, una menor proporción acude al IMSS BIENESTAR, PEMEX, Defensa o Marina, y quienes no cuentan con atención asisten a servicios médicos privados u otras alternativas de salud (medicina tradicional). Cabe mencionar que dichas cifras incluyen afiliaciones múltiples (SCINCE, 2020).

Las viviendas en la alcaldía Gustavo A. Madero, en su mayoría son propias, cuentan con construcciones grandes, sin embargo, existe deterioro en los materiales, en los servicios básicos, así como irregularidad en la tenencia de la tierra (Órgano del Gobierno del Distrito Federal, 2010). En ellas habitan familias numerosas, algunas características son: que poseen de 4 o 5 cuartos, el 72.5 % de la población tiene acceso a internet, 54.6 % a computadoras y el 90.3 % cuenta con celulares. Asimismo, el 93.6 % de las viviendas cuenta con refrigerador, el 42.2 % con automóvil, y 7.44 % con calentador solar de agua (Gobierno de México, 2022).

Respecto a la escolaridad en 2020, 14,594 personas mayores de 15 años no contaban con ningún grado de escolaridad, 130 mil cuentan con primaria, 217 mil con estudios a nivel secundaria, 234 mil con preparatoria o bachillerato general y 242 mil con estudios a nivel superior (Gobierno de México, 2022).

La alcaldía Gustavo A. Madero, en el año 2020 presentó en promedio una tasa de analfabetismo de 1.52%, éste comprende a la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir, de total de

la población analfabeta el 30.2 % corresponde a hombres y el 69.8 % a mujeres, lo que implica una menor oportunidad educativa para las mujeres (Gobierno de México, 2022).

Las carencias sociales se refieren a la falta de acceso a los derechos básicos para vivir como lo son la alimentación, la vivienda, los servicios, la educación, la salud y la seguridad social (El Economista, 2021). Dentro de la Gustavo A. Madero en el año 2020, las principales carencias fueron: escaso acceso de seguridad social y servicios de salud, así como a la alimentación (Gobierno de México, 2022).

Por otro lado, el barrio de Cuauhtémoc se localiza al norte de la Ciudad de México, en la alcaldía Gustavo A. Madero, colinda con los municipios de Tlalnequahuitlan, Ecatepec, Coacalco y Tultitlán (PAPO, 2019) (ver figura 4).

Cuauhtémoc es considerado un valle rodeado de cerros pertenecientes a la Sierra de Guadalupe, que divide a la Ciudad de México y el Estado de México, al sur se encuentra delimitado por las vías del ferrocarril México-Veracruz. El Barrio de Cuauhtémoc se divide en Barrio Bajo (Territorial 9) y Barrio Alto (Territorial 10) (Ines, 2019).

#### Figura 4.

##### *Localización del barrio de Cuauhtémoc*



*Nota:* Localización geográfica del barrio de Cuauhtémoc, visto dentro de la Ciudad de México y sus alrededores. Tomado de *La movilidad del transporte público entre la inseguridad y poca accesibilidad: Los cambios de conducta de los habitantes de Cuauhtémoc en la alcaldía Gustavo A. Madero*, (pág. 21), por M. A. Ines, 2019, Tesis de estudios superiores, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.

La población total de Cuauhteppec es de 275 mil 305 personas, de las cuales 141 mil 253 (51.3 %) son del sexo femenino y el 134 mil 052 (48.7 %) son del sexo masculino, y la población total de personas mayores que habitan en Cuauhteppec es de 32 mil 437, donde 17 mil 673 (54.5 %) son mujeres y 14 mil 764 (45.5 %) son hombres (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Cálculo de la Población Total de Cuauhteppec.**

<b>Población total de Cuauhteppec</b>	<b>Sexo femenino</b>	<b>Sexo masculino</b>
275 mil 305	141 mil 253	134 mil 052
<b>Población total de personas mayores que habitan en Cuauhteppec</b>	<b>Sexo femenino</b>	<b>Sexo masculino</b>
32 mil 437	17 mil 673	14 mil 764

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por ECITEL en INEGI. (Ver pie de página 1.)<sup>1</sup>

Referente al aspecto político, durante la década pasada, el Partido de la Revolución Democrática (PRD), tuvo mayor presencia en el barrio de Cuauhteppec porque diversas organizaciones se adscribieron a este partido y la población se afilió a los programas que surgieron cuando gobernaba López Obrador en la Ciudad México (Álvarez, 2011).

En los últimos años se ha creado nueva infraestructura dedicada a la salud, como la clínica del IMSS, Núm. 49, ubicada en la colonia El Arbolillo fundada gracias a una organización local de jubilados y pensionados, y de la Asamblea Cívica de Colonias y Unidades Habitacionales del Norte del Distrito Federal, con el objetivo de mantener viva la organización vecinal en Cuauhteppec (Álvarez, 2011).

<sup>1</sup> Esta información únicamente es un cálculo de la población del barrio de Cuauhteppec. Para obtenerla, como primer paso se indagó en el Consejo Nacional de Evolución de la Política de Desarrollo Social (2010) para conocer cuáles son las AGEBS que conforman Cuauhteppec. Posteriormente gracias al sistema de Consulta de Integración Territorial, Entono Urbano, y Local (SCITEL), de INEGI se tuvo acceso a las bases de datos de la población de Cuauhteppec por AGEB. Con ello, se calculó un aproximado del total de los habitantes de esta localidad y de las personas mayores que habitan dicho lugar.

Cuautepec es una zona que integra la vida de un pueblo con la urbanización de la Ciudad, por ello sus habitantes han adoptado actividades tanto urbanas como rurales. Sus residentes consideran que sigue siendo una zona apartada y descuidada por los diferentes gobiernos tanto locales como federales. Cuautepec no ha sido atendido en sus necesidades, en comparación con otras zonas de la Ciudad (Álvarez, 2011).

Para Cuautepec ha sido un gran reto visibilizar las carencias sociales a las que está sujeto, debido a que al pueblo le ha costado mucho trabajo llamar la atención de las autoridades capitalinas. Sin embargo, es un pueblo que a partir del siglo XX tuvo que organizarse para expresar sus dificultades y movilizarse de manera permanente para obtener los servicios necesarios y ser escuchados (Álvarez, 2011).

De este modo, Cuautepec es una locación de suma relevancia, debido a la complejidad de procesos políticos, económicos, culturales y religiosos en las que está inmerso, a través de su historia se puede notar que Cuautepec tiene la capacidad de organizarse para gestionar las necesidades propias de la población y exigir a las autoridades correspondientes (Álvarez, 2011). En este capítulo abordamos las características sociodemográficas, y algunos aspectos generales de la Alcaldía Gustavo A. Madero, así como del barrio de Cuautepec, para brindar un panorama general referente a la población que participó en el estudio.

## **Capítulo V. Promoción de la Salud**

### ***V.1 Definición de Promoción de la Salud***

La Organización Mundial de la Salud en 1948, definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, para garantizar que esto sea efectivo, existe un campo multidisciplinario que busca que la población pueda conservar el bienestar biopsicosocial, el cual es la Promoción de la Salud (OMS, 2023).

La Carta de Ottawa es uno de los documentos principales que rigen la Promoción de la Salud, pues en él se expresan los principios y propósitos acreditados por algunos gobiernos (Guzmán et. al., 2016). En ella se establece que la Promoción de la Salud proporciona a la población los recursos para mantener un control y mejorar su salud. "Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente" (Carta de Ottawa, OMS, 1986, p.2).

Guzmán et. al. (2016) señalan que la promoción de la salud es un proceso político y social que busca generar acciones que incidan directamente en los individuos para reforzar sus habilidades y capacidades, así como transformar las condiciones biopsicosociales con el propósito de impactar positivamente sobre su salud.

### ***V.2 Relación de la Promoción de la Salud con calidad de vida***

Existe una estrecha relación entre la promoción de la salud y la calidad de vida, debido a que la promoción de la salud intenta proveer los medios necesarios para que la población incremente su calidad de vida, ya que no solo se observa a la persona como un ser biológico sino también como un ser social (Pacheco, 2022).

Es importante mencionar que, para mejorar la calidad de vida de una población, deben ser partícipes e involucrarse los individuos, comunidades, instituciones de salud y el Estado en todos aquellos aspectos que les aquejen en su momento, y la promoción de la salud aporta información y acompañamiento para alcanzar objetivos en común (Pacheco, 2022).

Para crear una ciudadanía con mejor calidad de vida, la promoción de la salud aplica tres mecanismos que indica la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales son: el autocuidado, es decir todas aquellas iniciativas y acciones personales dirigidas a la mejora en la salud; la ayuda mutua, que implica la forma de organización, comunicación y acuerdos en beneficio de toda la población; y por último los entornos sanos, que son todas aquellas condiciones externas o del ambiente a favor de la salud (Pacheco, 2022).

### **V.2.1 Promoción de la Salud y su Vínculo con los Determinantes Sociales de la Salud.**

La Promoción de la Salud se interesa en explorar diversas áreas, que inciden sobre la salud de la población, es por ello que, para hablar sobre calidad de vida, es necesario conocer aquellas circunstancias que influyen en la vida cotidiana.

Dentro de la Promoción de la salud existe una propuesta creada por la OMS, que analiza cómo los determinantes sociales de la salud influyen directamente en la salud y por ende en la calidad de vida de los individuos.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió que los Determinantes Sociales de Salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”, dichos acontecimientos son el efecto de la disposición de recursos económicos, las estructuras de poder, así como los recursos mundiales, nacionales y locales (Guardia y Ruvalcaba, 2020, p.84).

Guardia y Ruvalcaba (2020), indican que la propuesta de la OMS integra dos niveles de determinantes:

1. Estructurales y/o sociales: este tipo de determinantes se relacionan con las condiciones socioeconómicas (posición social, género, etnia, acceso a la educación y al empleo) de la población, ya que son factores estructurales que influyen en las inequidades sociales y repercuten en el ámbito de la salud.

2. Intermedios y personales: dependen de las líneas de poder social, y se establecen dentro de ellos las diferencias de riesgo o vulnerabilidad que perjudican la salud, se categorizan en:

- Circunstancias materiales: relacionadas con la calidad de vivienda, el acceso a medios económicos para conseguir alimentos saludables, vestimenta, calzado, así como un buen entorno físico y laboral.
- Circunstancias psicosociales: dependen de las situaciones de estrés, tensión, sucesos en la vida de cada uno de los individuos, apoyo y lazos de convivencia social.
- Factores conductuales y biológicos: se incluye la nutrición, deporte físico, consumo de sustancias dañinas a la salud como el alcohol, drogas y tabaco, así como los agentes genéticos.
- Cohesión social: hace hincapié en que el sentido de pertenencia de los individuos dentro de los diversos sectores sociales contribuye a acciones de reciprocidad que sean benéficas para la salud.
- Sistema de salud: acceso a servicios de salud que puedan intervenir en las posibles consecuencias que dejan las enfermedades a la población.

Cabe destacar que Wilkinson y Marmot, en 1998, realizaron una investigación sobre aquellos indicadores sociales que influyen en la salud de las personas. De esta manera, encontraron que el

gradiente social, estrés, primeros años de vida, exclusión social, trabajo, desempleo, apoyo social, adicción, alimentos y transporte, son algunos de los principales factores que inciden en la salud de la sociedad (OMS, 2003). A partir de dicha información, la OMS elaboró la propuesta de los Determinantes sociales de la Salud que continúa vigente.

La propuesta de la OMS describe cómo los determinantes sociales de la salud influyen en la salud de la población que ha sido excluida social y económicamente. Con ello, se considera que la salud es un concepto complejo y que no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, si no que en ella intervienen factores biológicos, sociales, psicológicos y económicos que marcan diferencias sociales entre la población. Si se carece de condiciones básicas para vivir, la salud de la persona se ve afectada, y con ello su calidad de vida.

### ***V.3 Interés de la Promoción de la Salud para Mejorar la Calidad de Vida de las Personas***

#### ***Mayores***

La promoción de la salud intenta sembrar en la persona mayor conductas y hábitos saludables que previenen enfermedades, sin embargo, es importante recordar que los individuos interactúan con el entorno, el cual también influye en su salud. Por ello, se debe tener en cuenta el ámbito personal y el social de la persona mayor para mejorar su calidad de vida (Arechabala, 2007).

Arechabala (2007) menciona que la mayoría de personas mayores suelen ser receptivas o flexibles ante las actividades que promueven la salud, porque pretenden mantener su calidad de vida. A través de la promoción de la salud se pueden brindar acciones oportunas y efectivas para el cuidado de ésta.

Schülter (2020), señala que la promoción de la salud a través de su propuesta de los determinantes sociales en salud busca reducir las inequidades sanitarias. La propuesta tiene una

visión emancipadora en la que se busca la creación de políticas públicas que contribuyan a la transformación de los determinantes sociales. Del mismo modo, la Promoción de la Salud pretende que las comunidades tengan la iniciativa de participar en actividades cotidianas en pro de su salud individual y colectiva.

Como se ha mencionado en el transcurso del Capítulo V, la Promoción de la Salud promueve la calidad de vida, esto se debe a los diversos factores sobre los que incide, tales como los determinantes sociales de la salud y sus vínculos, generando mejoras mediante políticas públicas y acciones que brinden un aumento de la calidad de vida de las personas.

## Metodología

### Tipo de investigación

Para la presente investigación se utilizó la metodología cualitativa, la cual permitió conocer la subjetividad y percepción de las personas mayores con respecto a su calidad de vida. La metodología cualitativa se refiere a la investigación que genera datos descriptivos tales como las conductas y comportamientos que las personas tienen, esto se recolecta a partir de la información descriptiva y no numérica, es decir busca averiguar el origen del problema y no su magnitud (Ray y Rist 1977, en Taylor y Bogdan, 1987).

Además, Taylor y Bogdan (1987), señalan que este tipo de metodología se caracteriza por ser:

1. Inductiva, en la cual los investigadores parten de los datos que se exploran como conceptos, definiciones o teorías, en donde la investigación es flexible e inicia con interrogantes o preguntas de investigación.
2. Tiene una perspectiva holística, es decir, visualiza a las personas como un todo en conjunto y no por separado, el investigador indaga a los sujetos desde su pasado hasta su presente.
3. El investigador es sensible ante los efectos que se pueden llegar a producir sobre los participantes dentro de su estudio, sin embargo, tiene la capacidad de reducir o controlar los efectos para no influir sobre ellos.
4. Esta investigación trata de estudiar a la persona dentro de su entorno o en la realidad en la que se desarrolla, se acerca a la fenomenología para conocer la realidad que vive o experimenta. Esto permite que los investigadores comprendan a los sujetos de estudio como si fuesen ellos.
5. El investigador aparta sus creencias y perspectivas sobre el tema que se habla con el investigado.

6. Para el investigador todas las aportaciones y opiniones son valiosas, ya que esta investigación no busca la verdad de las cosas sino la comprensión de las perspectivas individuales, y no debe ejercer ninguna discriminación hacia el participante, porque él necesita ser escuchado.
7. Es humanista, es decir, el método que se utiliza en estas investigaciones se fundamenta en conceptos humanos como la belleza, el amor, la fe o el sufrimiento, para aprender sobre la vida interior del investigado.
8. Los investigadores dan énfasis en la validez de su investigación, es decir, se busca conocer el mundo empírico y real de lo que la persona experimenta, hace y vive. Esto no se realiza a partir de escalas o métodos fijos para evaluar sino, que se obtiene el conocimiento directo al establecer una interacción social.
9. Para el investigador cualquier investigado y escenario es digno de su investigación, ya que todos pueden ser similares o únicos, similares porque se pueden llegar a encontrar aspectos generales que sirven para el estudio, o únicos ya que esto permite estudiar algún aspecto de la vida social a profundidad.
10. Se menciona que es un arte porque las investigaciones no se han estandarizado como en otros enfoques, se dirige a visibilizar la naturaleza del problema.

La metodología cualitativa permite la interacción con las personas entrevistadas, sin embargo, es importante recordar que tanto el investigador como el investigado, tienen un papel designado. Hernández et. al. (2010), indican que el investigador debe respetar en todo momento a los participantes, no debe olvidar el objetivo de la investigación. Sin embargo, debe ser flexible, así como evitar influir en las respuestas obtenidas, también debe ser capaz de crear un lazo de

confianza con los participantes. De igual forma debe analizar, recolectar, sintetizar, y discutir desde una perspectiva subjetiva, la información que se recolectó.

Mientras que el investigado es quien brinda la información, reacciona a los cuestionamientos que se le plantean, así como a la personalidad que proyecte el investigador. Cabe señalar que la relación de investigadoras / investigada(o) fue de sujeto/sujeto, ya que se estableció una relación de empatía y se escuchó las experiencias de las personas mayores.

Este tipo de investigación permitió acercarnos de manera directa y establecer lazos comunicativos con las personas mayores, permitió comprender la vida individual de cada uno de los participantes, actuar de manera humana, nos dirigimos con respeto y rescatamos todas las opiniones y argumentos ya que todos fueron de gran aporte, así como conocer por qué se expresaron o se refirieron respecto a alguna de las dimensiones establecidas en la investigación.

Se eligió la metodología cualitativa, porque brindó flexibilidad a la investigación para cuestionar a las personas mayores sin rigurosidad y percibir a detalle las razones y características que consideran importantes en su calidad de vida. Así como de actuar de manera humana ante los participantes de esta investigación.

### **Enfoque**

Se empleó un enfoque fenomenológico, que hace énfasis en la experiencia e interpretación de un fenómeno (Conedo, 2009). Lo cual permitió explorar el sentido que le brindan las personas mayores a su calidad de vida. Dicho enfoque posibilitó la recolección de información desde la experiencia e interpretación personal de los participantes sobre los aspectos biopsicosociales que engloban su calidad de vida.

La fenomenología es una perspectiva importante en la investigación cualitativa, porque estudia la conducta humana y analiza lo que la gente dice, hace o vive, esto es producto de la realidad que experimenta cada persona (Taylor y Bogdan, 1987).

La principal característica del enfoque fenomenológico consiste en describir los significados que las personas brindan al mundo que los rodea, esto quiere decir que las personas dicen y hacen cosas distintas de acuerdo con el contexto en el que se desarrollan. Este enfoque permite comprender las situaciones porque “el proceso de interpretación es un proceso dinámico. La manera en que una persona interprete algo dependerá de los significados de que se disponga y de cómo se aprecie una situación” (Taylor y Bogdan, 1987, p.25).

### **Categorías de análisis**

En cada una de las categorías se indagó la percepción individual, la cual se entiende como el conjunto de creencias, valores, y prácticas en la que los individuos se priorizan a sí mismos (Páez y Zubieta, 2004). Es por ello que, la presente investigación exploró las condiciones personales de cada participante. Asimismo, se investigó sobre la percepción social, que permite entender como son los procesos en los que la sociedad se desarrolla, estudia el comportamiento y la forma de actuar de los demás (González, 2020). Esto se observó en la investigación a través de cómo perciben los participantes las instituciones del Estado y a la sociedad en su conjunto (Anexo 1).

Las cuatro dimensiones exploradas incluyen las siguientes categorías de análisis:

- **Dimensión biológica:** indaga en los cambios corporales, la capacidad de movimiento, las enfermedades, los cambios en los sentidos (vista, olfato, tacto, oído y gusto), los servicios de salud disponibles y cómo todos estos indicadores influyen en su calidad de vida.

- Dimensión psicológica: aborda la espiritualidad, creencias religiosas, emociones (agradables y desagradables), percepción sobre de la muerte e instituciones de apoyo psicológico y cómo éstos influyen en su calidad de vida.
- Dimensión social: busca conocer cómo son los vínculos sociales (amigos, familia y vecinos) y reconocimiento social (inclusión social, nuevos roles que la sociedad va asignado, estereotipos sociales), al igual cómo influyen en su calidad de vida.
- Dimensión material: investiga el ingreso económico (participación en actividades remuneradas, jubilación y pensión) y cómo influye en la calidad de vida.

### **Técnicas e instrumentos**

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada a profundidad, así como la observación. Los instrumentos que ayudaron a la recolección de datos fueron el diario de campo y la grabación.

Se realizó una entrevista a profundidad porque las preguntas de la entrevista eran semiestructuradas no estandarizadas y abiertas, lo que permitió explorar a detalle rasgos importantes durante la conversación.

Cabe destacar que una entrevista a profundidad es establecer encuentros cara a cara entre el investigador y el informante, dichos encuentros van dirigidos a comprender la perspectiva que tienen las personas respecto a su vida, expresadas con sus propias palabras. Es decir, se mantiene una conversación entre iguales, y no de pregunta y respuesta. Además, el usar este instrumento de investigación requiere de tiempo y empatía para que los informantes puedan extenderse y expresarse libremente, sin presiones (Taylor y Bogdan, 1987).

Este instrumento permitió establecer conexiones con los informantes, creando un lazo comunicativo amigable y respetuoso, facilitando que las entrevistas se tornarán más una conversación que un interrogatorio. Se conoció a las personas mayores, un poco de su historia

personal, el cómo viven, que les gusta, con quien conviven, así como la sociedad que los rodea, generando empatía hacia sus expresiones y experiencias, aprendiendo que cada persona tiene cosas particulares y únicas.

Se realizaron doce entrevistas entre mayo y junio del 2023, con una duración aproximada de 90 a 120 minutos. Se exploraron las cuatro dimensiones de la calidad de vida mencionadas: biológica, psicológica, social y material que influyen en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuatepec.

Se elaboró una guía de entrevista que consta de 6 apartados, el primer apartado exploró el perfil sociodemográfico y datos generales de las personas mayores, el segundo apartado indagó la percepción de las personas mayores sobre su concepto de calidad en vida en general, el tercer apartado abarcó la dimensión “biológica”, el cuarto, la dimensión “psicológica”, el quinto, la dimensión “social”, el sexto, la dimensión “material”, el séptimo apartado cuestionó qué dimensión consideran la más importante para definir su calidad de vida (Anexo 2).

Las entrevistas se realizaron en los hogares de las personas mayores con el fin de permitir la comodidad y la libre expresión en un entorno seguro. Antes de llegar al domicilio del participante, se asignaron los roles de cada una de las investigadoras. Los cuales consistía en: entrevistadora quien manejaba la entrevista de inicio a fin, asimismo, realizaba anotaciones en su diario de campo, y dos observadoras quienes grababan los audios de las entrevistas, escribían diarios de campo y prestaban atención al comportamiento corporal del entrevistado y su entorno. Cabe mencionar que dichos roles fueron alternados en cada una de las entrevistas, por lo que cada investigadora realizó cuatro entrevistas.

Como primer paso se daba lectura al consentimiento informado (Anexo 3), se resolvían dudas y posteriormente se solicitaba la firma de autorización de la persona mayor. Se continuaba con la

realización de la entrevista prestando atención a cada una de las respuestas. Si había duda en alguna pregunta, se reformulaba o explicaba para que el entrevistado pudiera comprenderla. Al finalizar la entrevista se agradecía por su participación y se daba fin a la grabación.

También se llevó a cabo la técnica de observación, Hernández et. al. (2010), señalan que es aquella que implica tener presente todos los sentidos y no solo el de la vista prestando atención a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.

La técnica de observación permitió prestar atención al entorno, actitud del participante, interacción entre el entrevistado y entrevistadora, al igual que de algunos sujetos que se encontraban en el hogar durante la entrevista. Se llevó a cabo la observación de inicio a fin, durante toda la entrevista. En ella se observó, el entorno donde vivía el participante, las reacciones que presentaba al momento de escuchar la pregunta como al dar su respuesta, de igual forma, se prestó atención a los detalles los cuales fueron registrados en el diario de campo.

El diario de campo es un cuaderno que contiene todos aquellos comentarios que los observadores percibieron durante una intervención con los participantes. De igual forma, el entrevistador realiza notas en su diario de campo, en donde se plasman las “interpretaciones, intuiciones y conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales esenciales para comprender el significado de lo que se dice” (Taylor y Bogdan, 1996, pp. 131-123).

Los diarios de campo permitieron, tener una visión amplia sobre cada una de las situaciones expresadas por los participantes, ya que se tuvo registro de cada momento que resultará importante para la investigación. Lo cual nos permitió analizar de forma crítica la información recabada.

Se realizaron diarios de campo de cada una de las entrevistas elaboradas, como primer punto, se colocó el nombre del entrevistado, el folio que se le asignó y la fecha en que se estaba elaborando. Se tomó nota de cualquier suceso que pudiera enriquecer o incluso intervenir en el

desarrollo de la entrevista. Lenguaje corporal, confusiones, dudas, expresiones faciales, detalles del entorno e interrupciones familiares fueron algunos de los principales datos que se registraron. Posteriormente los diarios de campo fueron escaneados y archivados en Drive, para poder hacer uso de ellos, en el momento que se necesitaran.

Otro recurso utilizado durante la investigación fue la grabación de las entrevistas. Las grabaciones consisten en la toma de fragmentos o todo el audio o imagen de la persona a partir de un dispositivo mecánico para grabar el audio o la imagen, de acuerdo con la conveniencia de los investigadores. El tener las grabaciones de audio permitió hacer un análisis exhaustivo de la información que brindaron los informantes, ya que a partir de la transcripción de éstas se analizó la información y se pudo revisar la conversación que se entabló con cada informante todas las veces que fuesen necesarias para comprender con detenimiento lo que verdaderamente tenían que decir los informantes.

Durante la investigación se realizaron las grabaciones, primeramente, hablando acerca del tema y tratando de que el informante se sintiera en un ambiente de confianza para ser grabado. Se solicitó el consentimiento de cada informante para grabar su voz en el audio (incluido en el documento Consentimiento informado para participar en la investigación). Posteriormente dos de las investigadoras grababan por medio de su teléfono celular cada una de las entrevistas, desde inicio hasta fin, tratando de estar lo más cerca posible del informante para que el audio fuese de buena calidad para ser escuchado. En ocasiones cuando el informante solicitaba cambiarse de lugar se llegó a pausar, pero en su mayoría fueron continuas.

Además, se observó que al ir avanzando las entrevistas los informantes dejaban de percatarse y preocuparse por ser grabados. Al terminar cada grabación, las investigadoras que subían cada

audio a la plataforma de drive para que no sufriera ningún daño y estuviera resguardado para posteriormente ser transcrito.

### **Criterios de selección de los participantes**

La muestra se conformó por personas mayores entre los 65 y los 95 años. Se integró de hombres y mujeres que radican en la Alcaldía Gustavo A. Madero, en el barrio de Cuauhtepac, y que expresaron libremente su deseo de participar en la investigación.

Algunos criterios de exclusión para la muestra fueron que el participante contará con algún deterioro cognitivo, que no radicará dentro del barrio de Cuauhtepac, que no se encontrará en un rango de 65 a 95 años, que se negará a firmar el consentimiento informado y que no estuviera dispuesto a la grabación de voz.

La muestra se realizó por conveniencia para las investigadoras, ya que se utilizó la técnica de bola de nieve, la cual consistió en iniciar con un participante conocido quien posteriormente nos brindó el contacto de otros participantes, buscando facilitar y garantizar el número de participantes objetivo, que en un principio eran 15.

Sin embargo, al tener un primer encuentro con el próximo entrevistado, algunos de ellos nos comentaban que no podían brindarnos la entrevista, por ello, se dificultó encontrar personas mayores que colaborarán en la investigación. Debido a ello, las fechas planeadas para entrevistar se retrasaron al igual que el número de participantes, quedando con un total de 12, 6 del sexo femenino y 6 del masculino.

### **Manejo de la investigación**

Para la sistematización de la información se realizaron los siguientes pasos:

1. Las investigadoras crearon tres carpetas (audios, diarios de campo, transcripciones), dentro de la base de Drive, para un mejor manejo de la información.

2. Las observadoras archivaron los audios de las entrevistas en la carpeta correspondiente.
3. Las investigadoras realizaron la transcripción de las entrevistas que realizaron (4 cada investigadora).
4. Se escanearon y cargaron a la nube todos los diarios de campo elaborados.
5. Se creó el formato para la base de datos en el programa Microsoft Excel, categorizando en 7 apartados (datos generales, calidad de vida, dimensión física, dimensión psicológica, dimensión social, dimensión económica y apartado de cierre).
6. Posteriormente se extrajeron las respuestas de cada pregunta y después se colocaron en su apartado dentro de la base de datos.
7. Se continuó con la elaboración de análisis de resultados, revisando la base de datos y diarios de campo.
  8. Se prosiguió con la elaboración de la conclusión, con los resultados obtenidos.

Cabe mencionar que existen pocas tesis que estudien a la calidad de vida desde esta perspectiva. A través de ella, recolectamos información desde las realidades individuales, partiendo de la entrevista a profundidad, grabaciones, diarios de campo, y transcripciones, así como de las interacciones que se llevaron a cabo entre las y los participantes y las investigadoras.

## **Análisis de Resultados**

### **El concepto de calidad de vida en las personas mayores**

Al analizar el significado de calidad de vida, se ha encontrado que éste es diverso, González-Celis (2004) menciona que quienes hablan de este concepto la definen tomando en cuenta sus propios factores, incluso sus propias vivencias.

Con el objetivo de explorar la perspectiva de las personas mayores sobre el concepto, se realizó la pregunta directa ¿Qué es para usted calidad de vida? Los hallazgos de la presente investigación ayudan a reforzar la idea propuesta por la autora, ya que los participantes entrevistados, en general, dijeron que es tener salud, estar bien y tranquilos, sin embargo, cada uno de ellos agregó a este concepto otros factores que consideran importantes para definir la calidad de vida desde su punto de vista. Tal como se describe en los siguientes testimonios:

“Es comer a sus horas, dormir bien, cuidarse y tener tranquilidad” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

“Vivir bien, con armonía principalmente con la familia, ser feliz en la plenitud de la vida, no tener complicaciones” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

Se aprecia que Calidad de Vida, se percibe de diferente forma. Cada una de las personas entrevistadas, explicaron lo que para ellos significa. Es de suma importancia que las personas mayores puedan expresar cuáles son sus necesidades. De igual forma el estado y la sociedad deben de implementar acciones que velen por el bienestar de las personas mayores, para que puedan gozar de una calidad de vida favorable en los ámbitos biopsicosociales.

### **Condiciones de Salud y Calidad de Vida en la Persona Mayor**

En este apartado se encontrarán los resultados y el análisis referente a los cambios corporales de las personas mayores y en algunos sentidos como la vista, oído, olfato y gusto, así como sus modificaciones en los últimos años, la manera en cómo perciben su salud, principales enfermedades, tratamientos farmacológicos, atención médica y cómo estos aspectos influyen en su calidad de vida.

Lorente (2014) indica que durante el envejecimiento se producen cambios en el cuerpo de las personas mayores. Lo cual se confirma con lo encontrado en la investigación, cada uno de los entrevistados afirmó haber experimentado cambios corporales y estar consciente que éstos se deben a la edad. Uno de los aspectos que sobresalen es que, a pesar de estos cambios, las personas mayores continúan realizando sus actividades diarias. Sin embargo, ya no las desempeñan de la misma forma que antes, es decir, el ritmo de la vida ha cambiado. Así como lo mencionan los siguientes participantes:

“Por la edad ya me siento un poco más cansado para hacer las cosas, más lento, ya no es como la misma actividad que tenía uno antes” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_ Emiliano).

“Antes yo era más activa, era de las personas que nunca estaba sentada, siempre andaba viendo que hacer, si no tengo, lo busco, porque me pongo a sacudir o a recoger y yo siempre tenía que hacer... Uno ya no es tan ágil para hacer, luego hago una cosa de comer y ya me canso, y luego digo antes hacía mucho, hasta para vender y no me cansaba, pero es por la edad” (Sra. Galdina, 76 años, F06\_Galdina).

Los testimonios de la mayoría de los entrevistados permitieron constatar que las personas mayores no buscan dejar de realizar actividades, al contrario, están conscientes de que su condición física no es la misma y por ello, realizan actividades de manera escalonada. Su ritmo de vida es

pausado, pero continuó. Las y los participantes no pretenden dejar de realizar sus actividades cotidianas.

Se encontró que este grupo etario suele compararse con la etapa de su juventud. Las personas mayores perciben a los individuos de entre 40 a 50 años como personas aún jóvenes, enfatizan que su fuerza y agilidad no es la misma de cuando se encontraban en esa edad, por ello, ya no pueden realizar las actividades con la misma rapidez que las hacían antes y como resultado su ritmo de vida se modificó.

“Se vuelve uno torpe al subir al autobús, ya no es lo mismo de joven, va uno haciendo equilibrio para poder llegar al asiento y la memoria [cambia], de repente se me olvidan los nombres, soy más lento para hacer las cosas, ya no las hago con tanta rapidez como hace tiempo, por ejemplo, para ir al baño, o en las mañanas para levantarme me tengo que agarrar de los muebles para equilibrarme, ya no es lo mismo tener 40 años a 70 y tantos años” (Sr. Jesús, 74 años, F012\_Jesús).

“Ya no es lo mismo de cuando era joven, me sentía muy bien cuando tenía 40 años, ahorita ya que tengo tantos años, ya va disminuyendo la calidad...” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

Con respecto a los cambios fisiológicos Martínez y Mendoza (2015) argumentan que se pueden presentar afectaciones en diversos sistemas y órganos durante la etapa de la vejez. Uno de ellos es el sistema musculo esquelético, en el cual se reduce el tamaño de los músculos, así como la capacidad de moverse, lo que puede llegar a generar que la persona se sienta limitada a la hora de realizar algunas actividades principalmente para caminar, tal y como lo mencionaron los participantes:

“Ya duelen los pies cuando camina uno, por las subidas o bajadas del camino”. (Sra. Rufina, 73 años, F10\_Rufina).

“Ya no es lo mismo, me canso al caminar por falta de ejercicio, antes de la pandemia si trabajaba y ahora ya no, ahora me canso y me cuesta trabajo moverme de posición” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_ Moisés).

A pesar de que el deterioro muscular esquelético se presenta como consecuencia del envejecimiento, también influyen otros aspectos, por ejemplo, las personas mayores entrevistadas viven en el barrio de Cuauhtepac, el cual posee calles irregulares. Para transitar en ellas, se requiere de esfuerzo, subir y/o bajar escaleras o incluso caminar por pendientes pronunciadas, lo que con el tiempo provoca el desgaste de articulaciones. Sin embargo, el vivir en estas zonas no influye en su calidad de vida ya que mencionan que siguen realizando sus actividades.

A través de estos testimonios podemos reflexionar sobre la importancia de que la persona mayor siga realizando sus actividades cotidianas. Como sociedad debemos entender que en la vejez “el ritmo de la vida cambia”, como lo mencionaron los participantes. Debemos evitar ideas viejistas en las que limitamos las actividades de las personas mayores al considerar que no pueden realizarlas y permitir que a su ritmo sigan tomando sus propias decisiones.

Otro punto importante, es la adaptación de los espacios dentro y fuera del hogar. A través de los testimonios podemos notar que, al haber cambios en el cuerpo, algunas actividades se dificultan por lo que es necesario realizar adaptaciones en el hogar como: colocar barandales dentro y fuera del hogar, antiderrapante en escaleras, alarmas de emergencia, entre otros. También es necesario que las autoridades adopten una política de espacios adecuados para las personas mayores.

Con respecto a los sentidos que han modificado y cómo influyen estos cambios en la calidad de vida de la persona mayor, se encontró que la vista y el oído son los sentidos que más presentan alteraciones. Los entrevistados mencionaron cuáles han sido las modificaciones que han

experimentado. Cabe señalar que la alteración de los sentidos puede presentarse en uno o varios de manera simultánea.

Respecto a la vista, Martínez y Mendoza (2015) señalan que, durante la etapa de la vejez, se afecta la elasticidad del cristalino y se disminuye el conducto de la visión, por ello, se dificulta enfocar las imágenes cercanas. Esto coincide con lo que mencionan los participantes:

“Poco a poco, en la actualidad ya no alcanzo a distinguir y reconocer bien a las personas a cierta distancia, a lo retirado ya no alcanzo a distinguir bien, al leer igualmente, solamente con lentes puedo leer algo” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

“He visto que los parpados de mis ojos se van decayendo, mis ojos ya no tienen la visión total, ya me es muy difícil ver sin lentes a cierta distancia, tengo que tener una distancia de unos 50 o 30 metros para ver más o menos... Ya no tener la lucidez que tenía cuando tenía 40 años en la visión...” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

Respecto a la audición, Martínez y Mendoza (2015) señalan que se presenta cierta dificultad para escuchar sonidos agudos y fuertes, esto puede provocar irritabilidad, así como dificultades para interactuar con su entorno, los participantes entrevistados confirman dicha información. Sin embargo, se encontró que la afección auditiva puede estar acompañada de la disminución de la vista, algunos de los participantes mencionaron:

“Bueno de la vista, ya uno no alcanza a distinguir las cosas y del oído, que también es por la edad...” (Sra. Rita, 80 años, F09\_Rita).

“Ya no veo para leer y se me nubló la vista ya no veo de lejos, no escucho muy bien” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

La modificación de los sentidos, suelen traer consigo consecuencias negativas, principalmente en el aspecto social, diversos autores mencionan que las relaciones sociales disminuyen.

Al cuestionar a los participantes, si estas afecciones influyen en su calidad de vida, algunos participantes dicen que no, pero esto es porque han podido encontrar apoyos como el uso de lentes. Usarlos ya es parte de su vida diaria, por ello, no han sentido ningún cambio.

Sin embargo, otros participantes, a pesar de usar algún apoyo, perciben un cambio en su calidad de vida, encuentran tedioso tener que usar lentes. Con respecto a la audición, se encontró que se sienten mal por no escuchar bien las cosas que les dicen los demás. Así como lo mencionan los siguientes participantes:

“Influye mucho en mi calidad de vida, porque ya no me siento al 100% me hace sentir mal porque uno ya no entiende las cosas completas” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

“Hay que usar los lentes, solo cuesta trabajo leer. No uso diario mis lentes, solo para leer. Mi vida no ha cambiado por utilizar lentes” (Sra. Rufina, 73 años, F10\_Rufina).

Gracias a estos testimonios se visualiza que en la etapa de la vejez se suele normalizar la disminución de los sentidos, ya que algunos participantes mencionan que los cambios que presentan son debidos a la edad, pero esto no es sinónimo de que su calidad de vida disminuya, ya que podrían buscar alternativas o soluciones para reducir las afectaciones como utilizar lentes, aparatos auditivos, por mencionar algunos.

Se cree que las modificaciones que se presentan en los sentidos de las personas mayores siempre tendrán consecuencias negativas en la vida diaria, sin embargo, esto depende de la subjetividad y el contexto de las personas. Es cierto que los cambios se presentan, pero cada uno vive esta transición de manera distinta.

Para conocer datos referentes a la percepción de su salud, se les preguntó sobre su salud actual. Las enfermedades, padecimientos y condiciones de salud que los participantes presentan con mayor frecuencia son: hipertensión, diabetes, Parkinson, retención de líquidos, falta de aire, dolor

de huesos, dolor de cabeza, nerviosismo, intolerancia a los alimentos, colitis, insomnio, depresión y cansancio.

González- Celis (2010) señala que la calidad de vida durante la vejez puede ser diferente porque depende de diversos factores. Uno de ellos son las enfermedades, ya que existe la posibilidad de que las funciones mentales y físicas disminuyan y se pierda el control de su vida. La investigación encontró que, 5 de los 12 participantes argumentan que las enfermedades si influyen en su calidad de vida, ya que el ritmo con el que realizaban sus actividades ha disminuido, a pesar de esto no perciben haber perdido el control de su vida. Sin embargo, son sus hijos quienes no les dejan realizar esfuerzos. Asimismo, consideran que el dolor corporal y el impedimento para moverse libremente han modificado su calidad de vida negativamente.

“Influye cuando hago mi quehacer porque lo hago en pausas y estoy todo el día ocupada y ya no puedo salir mucho” (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

Por otro lado 7 de los 12 participantes mencionan que las enfermedades o padecimientos no influyen en su calidad de vida, porque realizan sus actividades de manera habitual y otros cuentan con un tratamiento farmacológico óptimo que les permite mantener una calidad de vida favorable.

“[mi condición de salud] influye mínimo [en mi calidad de vida] porque en el seguro me dan una pastilla que no es muy agresiva, entonces me tomo mi pastilla diaria, no siento ninguna reacción, me siento normal, El dolor de rodillas es poco, pero pienso que es normal...” (Sr. Crispín, 79 años, F011\_Crispín).

Para las personas mayores entrevistadas, más allá de la presencia o ausencia de enfermedades, un elemento muy importante que define su salud es la autonomía. Seguir valiéndose por sí mismos es una de las principales características que les permiten decir que su salud es "buena". Perciben que poder consumir alimentos como la leche y las carnes rojas es sinónimo de contar con salud

óptima, esto lo señalan porque se comparan con conocidos que tienen prohibido consumir estos productos.

Es importante destacar que las personas mayores padecen enfermedades, así como situaciones que teóricamente no brindan salud. La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2023). Sin embargo, esto no coincide con los testimonios que brindaron las y los entrevistados. Ellos no conciben a la salud como un completo estado de bienestar biopsicosocial, si no como un estado funcional y de autonomía. Por ende, algunas personas mayores argumentan que tienen padecimientos, pero consideran importante tener la capacidad de vivir, pese a sus enfermedades.

“Pues [mi salud es] un poco delicada, pues me operaron y estuve delicada, porque se me descompuso la presión que era por el dolor y ya que me pusieron otros medicamentos aparte de los que ya tomaba de la azúcar, pero así mal no me siento, estoy bien” (Sra. Galdina, 76 años, F06\_Galdina).

“Del 1 al 10, me considero entre un 7 y un 8, porque cuando no es una rodilla, es un brazo, cuando no es el brazo es un dolor de cabeza, y así todos los días amezco con ciertas secuelas de dolores, pero lo considero entre comillas todavía bien, porque me valgo por mí mismo, para todo lo que se hace en casa” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

Se puede concluir que para las personas mayores entrevistadas el principal indicador de salud es la autonomía. Por ello, al analizar si los padecimientos o enfermedades que presentan influyen en su calidad de vida, estos son evaluados en relación con si les permiten o impiden la realización de sus actividades cotidianas.

Cada individuo tiene su forma de percibir si las enfermedades le impiden realizar actividades de la vida cotidiana, algunos expresan que no les afecta y pueden realizar sus actividades sin

ningún impedimento y otros dicen que les afecta de cierta forma tal y como lo señalan los siguientes participantes (ver tabla 6):

**Tabla 6. Testimonios de los participantes, respecto a enfermedades y la vida cotidiana.**

Impide	No impide
<p>“Solamente que me dé muy fuerte el dolor de piernas o de plano se me hinchan las piernas muy feo, como que me van a reventar, ahí ya no me puedo parar... ahorita con el tiempo si me duelen, a veces se me hace más el agua y por eso no puedo salir, porque tengo que sacar el agua de mis piernas...” (Sra. Concepción, 80 años, F05_Concepción).</p>	<p>“No, pero no me impide hacer nada, a veces voy al doctor y me dan mi pastilla y me siento bien.” (Sra. Refugio, 68 años, F02_Refugio).</p>
<p>“No puedo hacer muchos movimientos, prácticamente no puedo salir a la calle, mis actividades de antes eran de limpieza, de ayudar aquí en la casa y pues ya no las puedo hacer.” (Sr. Galileo, 73 años, F07_Galileo).</p>	<p>“La hipertensión no, para nada, los dolores no me impiden porque yo soy de las personas que no me dejo vencer, si tengo dolor de cabeza voy al doctor, y el dirá que tomar, pero sin dejar mis actividades, porque si las dejo voy a caer en depresión, pero siempre voy a caminar” (Sr. Jesús, 74 años, F012_Jesús).</p>

Fuente: Elaboración propia

En el mismo sentido, la investigación permitió visualizar que las personas mayores que señalaron no tener enfermedades o padecimientos y que no requerían visitar al médico no tenían ningún impedimento para realizar sus actividades, confirmando la relevancia de la autonomía durante de la vejez.

Al indagar si las personas mayores dependen de usos de medicamentos, se encontró que la mayoría utiliza algún fármaco para tratar padecimientos como: hipertensión, diabetes, Parkinson, estreñimiento, insomnio, dolores corporales, por mencionar algunos.

Cabe señalar que algunos participantes practican la automedicación cuando presentan alguna enfermedad acuden a la farmacia o bien no siguen las indicaciones médicas para su consumo, porque algunas personas mayores olvidan tomar el medicamento en el horario establecido por su médico. Como se percibe a continuación:

“Tomo para la hipertensión el enalapril, una en la mañana y una en la noche, y unas gotas para dormir solo en la noche. En ocasiones se me olvida tomar mis medicamentos, como por ejemplo me fui de vacaciones y se me olvidaron y no me los tomé, pero me sentí igual” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

“En algunas ocasiones he estado a punto de usar, pero me hago un poco fuerte para no tomar medicina y son dolores de acuerdo a la edad, de la presión es una diaria, sino me lo tomo no pasa nada... a veces pasan 3, 4 días y no me la tomo...” (Sr. Crispín, 79 años, F11\_Crispín).

Sin embargo, un participante señaló que pese a que consume medicamentos el no considera depender de los mismos, ya que argumenta que lo más importante es la persona como individuo y la motivación propia.

“Mi calidad de vida no depende del uso de medicamentos, el medicamento es un gran apoyo, pero lo importante es la persona hay que ayudarlo haciendo ejercicio, para fortalecer el organismo, y al corazón caminando. Depende de mí motivación” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

Estos testimonios permiten observar que las personas mayores que consumen medicamentos pueden generar dependencia excesiva a alguno de ellos o perjudicar al órgano encargado de metabolizar los fármacos y esto con los años podría influir en su calidad de vida.

Con respecto a la atención médica, se encontró que, a pesar de que la mayoría de las personas mayores cuentan con afiliación a instituciones de salud pública, también asisten a servicios de salud del sector privado. Así como se muestra en los siguientes testimonios:

“Al seguro (IMSS), porque mi esposo estaba asegurado” (Sra. Galdina, 76 años, F06\_Galdina).

“Voy al seguro, pero cada mes me dan cita, cuando tengo una urgencia voy a un particular” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Respecto a la atención que reciben por parte de las instituciones médicas, algunas personas mayores indicaron que es buena. Señalan que les gusta la atención brindada por el IMSS y por el sector privado. De igual forma perciben que los tratan de buena manera, a pesar de lo que se cree, ya que han escuchado que otros usuarios reciben mala atención. Cabe señalar que es importante que el sector salud cuente con los medicamentos adecuados y a tiempo para no perjudicar la calidad de vida de los derechohabientes.

“Atención buena, de hecho, como hace dos semanas tuve infección en el ojo y fui con la doctora, hasta me dio un pase para urgencias y si no me atendían ahí me iban a mandar a [Hospital] la Raza, todo el mundo se queja, pero siempre me han atendido bien” (Sra. Rita, 80 años, F09\_Rita).

Otros participantes perciben que en el IMSS e ISSSTE, debido a la saturación de pacientes, la atención es deficiente y que no reciben un servicio de calidad. Señalan que la exploración física no es completa y por ello el tratamiento es ineficaz o que los servicios no son accesibles porque las clínicas se encuentran retiradas de sus hogares, lo cual impide que asistan a sus revisiones médicas con frecuencia.

“En el ISSSTE la atención es más o menos buena, a veces los médicos como tienen tantos pacientes, a uno lo recetan al aventón. El médico particular me atiende bien, es más exhaustiva la atención” (Sr. Galileo, 73 años, F07\_Galileo).

“[la atención medica] si influye porque sale uno contento y a lo mejor también hay que saber manejar que las instituciones de gobierno están sobrecargadas o escasean los medicamentos” (Sr. Jesús, 74 años, f012\_Jesús).

"Me ayuda en mi calidad de vida porque me da más ánimo y me dan mi medicamento cada mes, pero a veces no tienen todos los medicamentos y cuando me mandan a hacer estudios prefiero ir a un particular porque mi clínica 48 está muy lejos y escondida" (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Por otra parte, un participante, indicó que la revisión física es mejor en el médico particular, sin embargo, también se sabe que recibir una mejor atención y mejor tratamiento farmacológico, es algo costoso, pero efectivo.

"...en el [servicio] particular el doctor es muy bueno con una consulta me aliviané, es caro más de 500 pesos, pero es buenísimo..."(Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

Los testimonios permiten constatar que, aunque las y los participantes cuenten con afiliación al IMSS o al ISSSTE en ocasiones prefieren acudir a los servicios particulares porque perciben que la atención en el IMSS es lenta o no cuentan con los medicamentos que requieren. Dicha información es importante, ya que los servicios de salud no están garantizando una atención de calidad y óptima para sus derechohabientes.

Aponte (2015), señala que es importante generar planes de acción que garanticen atención médica y psicológica adecuada, que contribuyan a tener calidad vida óptima. Esto se relaciona con lo que señalan las personas mayores, quienes mencionaron que contar con atención médica óptima influye de manera positiva en su vida, tener una buena atención, contribuye a su felicidad, alivia sus padecimientos, y disminuye la probabilidad de hospitalizarse. Lo señalado por las autoras, sigue siendo un reto, las instituciones médicas existen, sin embargo, es necesario evaluar que se esté brindando la atención que requieren las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades personales, sociales y económicas.

### **Salud psicológica y calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtémoc**

En esta sección se abordarán los resultados y el análisis con respecto a los aspectos psicológicos y espirituales indagados. Se incluye temas relacionados con: emociones, religión y pensamientos acerca de la muerte, e instituciones de apoyo psicológico y cómo éstos influyen en la calidad de vida de las personas mayores.

De acuerdo con el estudio de Arroyo y Soto (2013), las emociones que se presentan en las personas mayores son diversas y varían dependiendo de las circunstancias en las que se encuentra cada persona. Esto se puede afirmar a partir de lo encontrado en la investigación, ya que cada participante experimenta diferentes emociones que dependen de las circunstancias que viven cotidianamente. Una de las emociones que se presentan con mayor frecuencia es la felicidad. Ésta se expresa con el estar contento y tranquilo con su vida. Por otro lado, también hubo participantes que dijeron sentirse tristes como consecuencia de la soledad, como lo mencionan los siguientes participantes.

"Yo digo que [me siento] bien porque, llevo una vida tranquila...Ya no tengo presiones. Me considero feliz en lo que cabe" (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

"Cuando estoy aquí solita me siento triste" (Sra. Juana, 91 años, F01\_Juana).

Los testimonios recabados en las entrevistas permiten afirmar que las emociones de las personas mayores son diversas. Ahora, es importante indagar cuáles son los motivos que originan dichas emociones. Como sociedad, podemos olvidar que las personas mayores tienen sentimientos, se cree que al pertenecer a este grupo etario siempre se tendrán emociones favorables, pero el entorno y las relaciones sociales y familiares, juegan un papel importante en este proceso.

Parra et. al. (en Chacón 2021) señalan que en la etapa de la vejez se observa que existe un daño biopsicosocial porque la persona mayor suele ser aislada y rechazada por su entorno, lo que genera sentimientos negativos como la soledad. Así como lo mencionan los siguientes participantes:

"Porque mis hijos no vienen a verme" (Sra. Juana, 91 años, F01\_Juana).

"Por la preocupación del estrés por mi hija que no sé dónde está, pero solo es eso" (Sra. Refugio, 68 años, F02\_Refugio).

La emoción de la tristeza se presenta porque los participantes se preocupan por sus familiares, principalmente por sus hijos. Otra circunstancia que genera esta emoción es la limitación de sus actividades diarias por algún padecimiento y la escasa interacción con sus familiares y conocidos que generan el olvido o desaparición social.

Arroyo y Soto (2013), en su estudio describen la manera en que las personas mayores suelen experimentar las emociones desfavorables, concluyendo que el miedo y la tristeza, son ocasionados por situaciones externas que influyen afectando el bienestar. Las preocupaciones desencadenan modificaciones negativas en la calidad de vida de la persona mayor. Esto se puede confirmar con el siguiente testimonio:

“[Afecta mi calidad de vida] estar pensando en que algo le pueda pasar (a su hijo que vive lejos y anda en moto), y mi tranquilidad” (Sra. Galdina, 73 años, F06\_Galdina).

Ahora bien, a pesar de la poca información que brinda indicios de cómo las personas mayores experimentan la felicidad, los participantes señalaron a la tranquilidad y la autonomía como un sinónimo de felicidad, así lo indicaron:

"Porque yo no tengo problemas, mis hijos están bien y vivo una vida tranquila" (Sra. Rufina, 73 años, F10\_Rufina).

"Porque nadie me manda, nadie me exige, y no me acarrean, me acostumbre a estar sola" (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

“Yo digo que bien porque, llevo una vida tranquila, enojado con quien ni gato ni perro con quien desquitarme, estoy bien, llevo una vida más tranquila ya no tenemos presión” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

“En hacer las actividades pues yo lo hago bien, no me afecta la tristeza, las emociones no cambian nada... No les prestó atención, yo salgo, me voy a veces para distracción, veo la tele, pero así de que me afecte... pues no” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_ Emiliano).

Ellos perciben a la tranquilidad como felicidad, esto se debe a que no tienen preocupaciones económicas o laborales que les pudieran generar estrés. Una vez más la autonomía es un elemento clave que contribuye a aspectos agradables como es la autoestima en la vida de las personas mayores. Además, las personas mayores suelen colocar en primer lugar el bienestar de sus seres queridos más que el de ellos. Quizá esto se deba a que consciente o inconscientemente continúan ejerciendo el rol de jefes de familia que velan por el bienestar de los suyos.

La investigación permitió encontrar factores psicológicos que influyen positivamente en las personas mayores, como lo es la autosuficiencia que es el valerse por sí mismo, la independencia emocional y económica, y la manera positiva para resolver problemas, todo en su conjunto permite que la persona mayor se desarrolle satisfactoriamente y genere emociones positivas como lo es la felicidad y tranquilidad.

Los testimonios recabados permiten señalar que las emociones agradables o desagradables, se relacionan con aspectos del entorno, y no es en sí mismo el proceso de envejecimiento el que las genera, como socialmente se cree. Solo una de las personas entrevistadas atribuyó la tristeza a condiciones propias. Por lo tanto, la salud psicológica incide en la calidad de vida construyendo el bienestar de la persona mayor dentro de la comunidad (Maass y Reyes, 2018). La investigación permitió visualizar que existen elementos psicológicos que influyen positivamente en su persona, tales como: sentirse autosuficiente al realizar sus actividades, contar con independencia emocional, social y económica, así como la madurez para afrontar los problemas y presiones.

Ahora bien, respecto a la religión, las doce personas entrevistadas indicaron que practican la religión católica. Castañeda y Guerrero (2019) mencionan que en las personas mayores hay mayor fe y práctica de la religiosidad. En los resultados obtenidos en la investigación se encontró que cada persona mayor practica su devoción hacia Dios, de manera diferente, diario rezan o se encomiendan a entidades divinas para pedirles por su familia, sus conocidos y para dar gracias por despertar.

Algunos, admiten ser católicos, pero sólo que se acercan a su religión en momentos críticos, cuando tienen algún problema grave, con el fin de encontrar paz y tranquilidad ante la situación por la que están pasando, así como lo dijeron los participantes:

“Es lo que tenemos, cuando una cosa que nos llega a suceder es cuando buscamos a Dios, y le rogamos y le pedimos, pero, pasando los problemas se olvida uno de él” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_ Emiliano).

“No me acerco, pero si pienso en ella [iglesia], cada que salgo a la calle me encomiendo a los santos en los que yo creo, ellos ya sabrán si me cuidan o no, si me jalan de las greñas o no.” (Sr. José, 70 años, F04\_ José).

“Mira, antes que podía salir sola si, ahorita desde que me enfermé no me acerco a la iglesia, pero ahí tengo mi virgen le rezo, le pido y siento como que me ayuda...” (Sra. Concepción, 80 años, F05\_ Concepción).

También se identificó que las creencias religiosas influyen en la calidad de vida ya que otorgan satisfacción vital a las personas mayores, quienes asocian a la religión con mayor grado de energía, paz, tranquilidad y fuerza para afrontar problemas que se les presentan en la vida. Tal y como lo mencionan los siguientes participantes:

“[la religión] Influye en mi calidad de vida porque me siento contenta, siento que me da fuerzas” (Sra. Concepción, 80 años, F05\_ Concepción).

“La religión me ayuda a tener un mejor ambiente, me levanta mucho el ánimo.” (Sr. Galileo, 73 años, F07\_ Galileo).

“Desde que falleció mi hijo, aquí en la casa se reza el rosario, oraciones, porque yo sé que Dios fue quien me dio paz en mi corazón. Diario un ratito rezo.” (Sra. Rufina, 73 años, F10\_ Rufina).

Se debe tener en cuenta que cada persona vive su religión de forma diferente. Ser persona mayor no significa estar activos en la iglesia constantemente, porque existen situaciones como enfermedades que impiden el ir al recinto. Las personas mayores rezan desde sus hogares a los santos o imágenes divinas, para pedirles por su salud, dar gracias por lo que tienen, pero también piden por el bienestar de sus seres queridos. De igual forma se aprecia que la paz, la felicidad y la tranquilidad la obtienen gracias a los rezos, así lo perciben las y los entrevistados.

Un aspecto en el que se centra la espiritualidad es cómo la persona mayor afronta el proceso de morir y la muerte, al igual que la satisfacción vital (Castañeda y Guerrero, 2019). Durán et. al. (2020), señalan que, dentro de la dimensión psicológica, un elemento relevante es la muerte ya que, al llegar a la etapa de la vejez, las personas mayores suelen evaluar los acontecimientos a lo largo de la vida, comienzan a reconocer sus experiencias y a buscar motivaciones para aceptar la muerte propia o de algún familiar. Esto lo podemos afirmar con la investigación ya que la mayoría de entrevistados señaló que la muerte es un proceso natural y normal que en algún momento de la vida va a suceder, que no son eternos, incluso mencionaron que no solo las personas mayores mueren sino también los jóvenes o niños y que es un hecho que solo Dios decide.

“...Es algo natural, porque todo lo que tiene vida muere, muere una planta, un animalito, vivimos y morimos, entonces para mi es normal la muerte, yo digo que nos debemos de preparar

y ser realistas en que no vamos a ser eternos, la muerte no viene para el viejo, ni para el niño, viene parejo, todo aquel que vive tiene que morir” (Sr. Jesús, 74 años, F012\_Jesús).

Por otro lado, se pueden presentar emociones desfavorables al percatarse que podrían estar experimentando la última etapa de la vida y por ende evitar hablar de ello. Algunos de los entrevistados refirieron sentir miedo cuando se habla al respecto. Tal y como lo menciona el siguiente participante:

“Yo siempre he pensado que no me quiero morir, no me gusta escuchar sobre la muerte, me da miedo. No me gusta hablar del tema” (Sr. Galileo, 73 años, F07\_Galileo).

Además, se encontró en la investigación que una participante al ser cuestionada sobre el tema de la muerte se refirió a la Santa Muerte [imagen] como un santo de divinidad y devoción. Comentó que la Santa Blanca representa salud, vida y dinero, asimismo mencionó que no se le debe de tener miedo, a pesar de ello, recalcó que la Virgen y Dios la protegen. Tal y como lo mencionó:

“...Se la regalaron a mi hijo [imagen de la Santa Muerte], pero esta Santa es para dinero, vida, salud, no es la mala, es la buena, es la blanca, le tienen que rezar. Si le pides un favor te lo hace, si no se lo cumples te castiga, pero ella es protegedora (sic) de todo... pero yo no tengo miedo a morir porque todos vamos para allá, la muerte tarde que temprano nos va a llevar” (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

Por otro lado, otra participante señaló que la muerte también representa una bendición para las personas enfermas ya que algunas veces la calidad de vida no es favorable. Así lo mencionó la participante:

“...Ya después cuando murió mi hijo, el padre me dijo, no es malo hablar de la muerte, porque nacemos y vamos a morir, es una bendición la muerte, porque [para] un enfermo, que está muy

enfermo o que ya no tiene calidad de vida, la muerte es una bendición...” (Sra. Galdina, 76 años, F06\_Galdina).

Con ello, podemos decir que la mayoría de las personas mayores entrevistadas, no tienen miedo respecto a la muerte, la perciben como un proceso natural por el cual todos vamos a transitar. Sin embargo, quienes, si le temen a la muerte, muestran incomodidad al hablar del tema y tienden a evitarlo porque señalan que durante la muerte se experimenta dolor, o incluso consideran que, si se habla de ella, se atrae, es decir, es un mal augurio. Un aspecto relevante, es que, para la mayoría, la muerte es percibida como un ente divino, protector y bueno. De igual forma, la iglesia juega un papel importante, ya que puede influir en cómo se concibe el tema. En algunos casos, la muerte llega a ser sanadora porque termina con todos los males que están afectando la vida de las personas y a otros les proporciona el consuelo de la tranquilidad.

Con respecto a las instituciones que brindan apoyo psicológico a las personas mayores, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) juega un papel relevante, ya que tiene como objetivo, coordinar, promover, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas que pueden afectar a este sector poblacional y promueve acciones que fomentan el desarrollo integral de las personas mayores.

A pesar de que el INAPAM es la principal institución que vela por la integridad de este grupo etario, las personas entrevistadas desconocen a que lugares pueden acudir cuando requieren de apoyo psicológico. La mayoría menciona que irían con un psicólogo privado, pero no hablan de alguna institución que brinde dicho apoyo, así lo señalaron:

“No conozco instituciones que ayuden, en la tele veo cosas, pero a veces no entiendo, la verdad no se con cuales instituciones se puede” (Sra. Refugio, 68 años, F02\_Refugio).

“Yo digo que sí [hay instituciones psicológicas], pero yo no conozco y no he escuchado” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Por otro lado, otros participantes mencionaron que, en caso de requerir apoyo psicológico, acudirían a instituciones del sector salud como el IMSS o la Clínica de la Mujer, ya que conocen que en estos sitios se brinda apoyo psicológico.

“...las clínicas de la mujer cualquier problema que tenga uno si quiere se acerca, ahí hay psicólogas que te pueden ayudar. En el seguro nos mandaban a las clínicas para cualquier tema que necesitáramos, el servicio es gratuito” (Sra. Rufina, 73 años, F10\_Rufina).

“En el seguro hay psicólogos” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

También se encontró en la investigación que el contar con instituciones de apoyo psicológico, contribuye escasamente en la calidad de vida de las personas mayores porque ellos comentaban que exclusivamente la decisión y voluntad propia podía hacer cambiar a las personas, y que ellos por su edad ya no cambiarían. Perciben el apoyo psicológico como un cambio de conducta en el que el profesional de salud mental les modificará sus pensamientos y su personalidad, a lo que ellos se rehúsan, ya que han pasado toda una vida con dichos comportamientos y cambiarlos sería difícil, tal como lo mencionan los siguientes participantes:

“Yo no requiero apoyo psicológico y mi vida fue muy bonita” (Sra. Juana, 91 años, F01\_Juana).

“Los psicólogos te ayudan, pero uno sigue igual, lo que importa es que se controle uno” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“Si existieran, pienso que si ayudarían en el problema de cada quien, pero siento que si yo lo necesitara no cambiaría o influiría en mi vida porque ya no tan fácil lo hacen cambiar a uno” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Otros participantes argumentaron que, si requirieran apoyo psicológico, les agradaría porque tendrían quien los escuchará.

“Si lo llegara a necesitar preguntaría en el ISSSTE, a lo mejor esto me ayudaría para bien” (Sr. Galileo, 73 años, F07\_Galileo).

A partir de lo ya antes mencionado, se difiere con la idea de que existe una correcta promoción, fomento, coordinación y evaluación de las acciones psicológicas que implementa el INAPAM, porque la investigación permitió encontrar que las personas mayores entrevistadas desconocen cuáles son los servicios o apoyos psicológicos que brindan, debido a la escasa difusión de éstos. Cabe señalar que, las instituciones que mencionaron (Clínica de la Mujer e IMSS) brindan asesoría psicológica de manera gratuita, pero al desconocer esta información, las personas mayores en caso de requerir de apoyo psicológico tendrán que destinar recursos económicos propios para solventar dicho gasto. Además, los participantes consideran que la terapia psicológica no garantiza el bienestar mental y por ello no influiría en su calidad de vida. Por ello, se deben implementar acciones efectivas, en donde se informe a las personas mayores, sobre las sedes o lugares a donde pueden acudir para solicitar y recibir apoyos psicológico integral que garantice, una plena salud mental para las personas mayores, esto con el objetivo de concientizar a este grupo etario referente a la importancia de la salud mental en su calidad de vida ya que tanto las instituciones como los individuos deben transformar la realidad. La salud mental es una parte fundamental, para el correcto desarrollo de las personas, además de que es un derecho que lamentablemente no se está garantizando en su totalidad. Existen instituciones, pero se tiene poco acceso a ellas.

### **Aspectos Sociales y Su Influencia en la Calidad de Vida de las Personas Mayores**

En este apartado se plantea el análisis de resultados sobre cómo los vínculos sociales (familia, amigos y vecinos) de las personas mayores y el reconocimiento social (inclusión social, nuevos roles que la sociedad va asignado y estereotipos sociales) influyen en su calidad de vida.

Del Valle y Coll (2011), señalan que por medio de las redes o vínculos sociales se establece una unión de manera significativa, haciendo que las personas mayores se sientan pertenecientes e incluidas en la sociedad.

Zavala et. al. (2006), refieren que uno de los grupos sociales con el que más interactúan las personas mayores es la familia, lo que se confirma con lo encontrado en la investigación. Como en todas las familias existen diversas formas de relacionarse, algunos comentaron llevar una buena relación basada en el respeto y la buena comunicación, otros señalan que, por la educación recibida durante su infancia, la relación es fría y un poco distante, lo cual refleja la necesidad de apoyo y cariño familiar, a pesar de ello, creen que su vínculo familiar es bueno. Tal y como lo mencionan algunos participantes:

“Con mi esposa pues nos llevábamos de maravilla porque nunca tenemos dificultades mayores. Con mis hijos al igual [la relación es] buena, solamente que si hay ocasiones que no me agrada lo que hacen y hay que llamarles la atención todavía. En general nos llevamos bien...” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

“Con mi familia ya no tengo muchos [problemas], pues les voy a decir la verdad, la relación con la familia es muy fría y distante, por la educación que nos dieron donde no había apapacho, abrazos y cariños, nada de eso, era del que papá venía, dejaba el dinero, la mamá lo distribuía, pero nunca hubo cariño, por eso llevamos una vida así, nos vemos escasamente pero no con ese cariño familiar que debería de haber...” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

Gracias a la información recabada se encontró que las personas mayores perciben que las relaciones familiares contribuyen de manera positiva, ya que llevarse bien con los integrantes de su familia nuclear (pareja e hijos) les brinda alegría y tranquilidad, la carencia de conflictos les ayuda a vivir bien. Por otro lado, a pesar de que un participante señaló que la relación con su familia es fría y distante, lo que manifiesta la necesidad de cariño por parte de los suyos, menciona que la familia es parte importante de su vida, probablemente porque se normalizó la ausencia de cariño.

Los amigos también son parte de los grupos sociales de las personas mayores, Arias y Polizzi (2011) señalan que éste es un vínculo no familiar que contribuye a brindar altos niveles de satisfacción a las personas mayores. Teniendo esto en cuenta, se puede señalar que los amigos juegan un papel importante en la vida de algunos participantes. Manifiestan que les da alegría saber de ellos, incluso comparten recuerdos, lo cual contribuye a tener una mayor satisfacción personal.

“...toda la vida ha sido buena, me llaman diario, tengo amigos de la escuela y compañeros de trabajo, para mí eso es una maravilla...” (Sr. Galileo 73 años, F07\_Galileo).

“...Mis amigos y amigas del rancho cuando vamos al pueblo es muy bonito vamos a comer, nos invitan a su casa y nosotros a la nuestra, nos conocemos desde niños” (Sra. Rufina, 73 años, F10\_Rufina).

Por otra parte, se encontró que algunos de los participantes dijeron no tener amigos y eso no les causa ningún conflicto, mientras que otros se limitan a saludarlos cordialmente y esa es la única relación que mantienen con sus amigos. Así lo mencionan los siguientes participantes:

“...no tengo amigos, nada más digo hola y adiós, casi no platico...” (Sra. Refugio, 68 años, F02\_Refugio).

“...Tengo muy pocos amigos, desde muy chico fui muy apartado, por aquí amigos no tengo, conocidos sí, pero amigos, amigos no. Con mis conocidos, nos encontramos, nos hablamos, nos saludamos y hasta ahí...” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

Los testimonios recabados reflejan que para las personas mayores mantener vínculos amistosos, beneficia su calidad de vida, porque una amistad significa contar con otra persona para compartir recuerdos y actividades de su interés, además señalan que estas relaciones les hacen sentirse plenos y con mayor satisfacción, ya que se perciben importantes y especiales para alguien más. Sin embargo, las personas mayores también manifiestan que en esta etapa las pocas o nulas relaciones amistosas no son un factor que les impida vivir bien, es decir, carecer de amigos no influye en su calidad de vida, se puede decir que se mantienen en un estado neutro, no les afecta pero tampoco les beneficia.

López et. al. (2001), mencionan que entre los vecinos y las personas mayores se forma un vínculo estrecho, ya que suelen tener mayor cercanía, o bien, porque no cuentan con descendencia o hijos dentro de su localidad, esto lo podemos afirmar con la investigación, ya que la mayoría de los participantes, que comentó no tener hijos cerca de donde viven, mencionó que la relación que establecen con sus vecinos es buena, porque pese a no tener mucha comunicación y convivencia con ellos, cuando se ven, se saludan con respeto y ocasionalmente si necesitan algo piden apoyo, tal y como lo mencionan los siguientes participantes:

“...con nadie yo he tenido disgustos, siempre he convivido, me gusta la relación, aunque no nos vemos diario no me insultan, no los insulto y platicamos y nos vemos con gusto”. (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

“...Con los vecinos también son buenas gentes, me llevo bien con los vecinos, nada más nos saludamos, si alguna vez tenemos algo [reunión] nos invitamos...” (Sra. Galdina, 76 años, F06\_Galdina).

También un participante señaló que pese a llevar una relación buena con sus vecinos existe escasa convivencia entre ellos y de vez en cuando existen conflictos de carácter comunitario (tirar basura), los cuales se tratan de solucionar de forma amigable y respetuosa.

“solo es de buenos días, buenas tardes, y si, hay conflictos, pero los solucionamos. No soy de conflictos, soy amable yo los saludo, pero no hay mucha convivencia” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

La relación entre las personas mayores y los vecinos es escasa, pese a ello predomina el respeto, ya que los participantes mencionan que los saludan cordialmente y para ellos eso es suficiente. Perciben que la relación vecinal no afecta ni modifica su calidad de vida, no obstante, un participante mencionó que como en toda relación, hay conflictos, sin embargo, se tratan de resolver de la mejor manera, esto con el fin de evitar problemas con los demás. Se puede decir que el vínculo vecinal influye escasamente en la calidad de vida de la persona mayor, en comparación con el vínculo de familia y amigos.

En general, cada persona cuenta con relaciones sociales que se adaptan a sus estilos de vida, incluso a su carácter y necesidades propias, las personas que los rodean suelen "inyectar" felicidad y positivismo a la calidad de vida de las personas mayores, por lo que es de suma importancia que las personas mayores cuenten con una red de apoyo.

Con respecto a la inclusión social, la Organización de las Naciones Unidas menciona que ésta "asegura que todas las personas sin distinción puedan ejercer sus derechos y garantías, aprovechar sus habilidades y beneficiarse de las oportunidades que se encuentran en su entorno" (ONU, 2018).

En la investigación se encontró que las personas mayores no logran reconocer lo que es la inclusión social, ya que la definen como acciones amables y trato preferencial que la sociedad les da, como ceder el lugar en el transporte público o dar prioridad en algún sitio. Tal y como lo mencionan los siguientes participantes:

"No, no habido eso [exclusión social], luego voy en mi bicicleta y el muchacho del deportivo baja su lazo que tiene ahí atravesado, luego me atiende" (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

"Afortunadamente no [no ha sido excluido], la sociedad como las instituciones, por ejemplo, si vas en un autobús o un camión, lo que sea, si ven al viejito le dicen siéntense entonces te dan el lugar, luego vas a las instituciones lo regular en muchos lugares dicen –primero los viejitos, entonces no hay ningún problema" (Sr. Crispín, 79 años, F11\_Crispín).

Además al preguntarles si han sido excluidos en alguna ocasión, ningún participante mencionó ser excluido porque se ha normalizado la idea de que la inclusión es solo apoyo por parte de las personas. Sin embargo al establecer una conversación con ellos, se encontró que la inclusión no se efectúa como lo menciona la teoría, por ejemplo, en el ámbito laboral, a las personas mayores no se les brinda la oportunidad de trabajar, esto porque se da prioridad a la fuerza y a la productividad de los jóvenes. Como lo menciona un participante:

"Mal, si yo pudiera trabajar lo haría luego me dan ganas de ir a pedir a Chedraui, aunque sea estar empacando, nada más que me dijo un señor que ya no me daban chamba a mi porque ya tengo muchos años" (Sr. Moisés, 80 años, F8\_Moisés).

Otra forma de exclusión se registra en el acceso a la salud. Algunos participantes no cuentan con los medicamentos y atención médica necesaria para mantener su calidad de vida.

"Ya los médicos ya no me quieren dar medicina, yo voy y pregunto en la farmacia" (Sra. Juana, 91 años, F01\_Juana).

En el ámbito familiar no se les brinda un trato digno, ya que algunas personas mayores no se les otorgan la importancia, porque no se les toma en cuenta.

"Mi esposa y mis hijas me dicen que por mi enfermedad [Parkinson], solo lo estoy aparentando y que no quiero hacer las cosas." (Sr. Galileo, 73 años, F07\_Galileo).

Respecto a la recreación, los participantes indicaron que las instituciones no los invitan.

"No, no he participado en ninguna actividad, porque no me invitan y en segunda si se puede hacer, pero ya no es lo mismo estar jugando como antes..." (Sr. José, 79 años, F04\_José).

De igual forma, desconocen los lugares en los que pueden acudir a atender temas de salud mental.

"Yo digo que sí [existen instituciones que brinden apoyo psicológico], pero yo no conozco y no he escuchado" (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Lamentablemente las personas mayores no logran dimensionar que la exclusión social está presente en sus vidas y solo perciben los buenos tratos sociales como inclusión. No perciben que carecen de atención y beneficios dentro de la sociedad que deberían poseer como: tener la posibilidad de decidir en todos los ámbitos (personal, familiar, social, económico, entre otros), contar con rampas en su colonia, servicios médicos de calidad, atención y apoyo familiar adecuado, por mencionar algunos. Sin embargo, la inclusión social representa un reto dentro de la sociedad mexicana, es necesario educar e informar a las personas mayores acerca de lo que realmente significa la inclusión social, posteriormente la sociedad al igual que las instituciones deberán generar políticas públicas que beneficien y garanticen el pleno desarrollo de este grupo etario.

Ahora bien, Merchán y Cifuentes (2014) señalan que al llegar a la etapa de la vejez las personas mayores tienden a desapegarse de las actividades que con anterioridad solían disfrutar y las comienzan a remplazar por otras, con ello, es común que se distancien de la sociedad que los rodea.

La investigación respalda lo que mencionan los autores, sin embargo, a la definición que proponen le falta explicar el motivo por el qué las personas mayores suelen desvincularse. Se encontró que la desvinculación social que se genera no es porque las personas mayores sientan la necesidad de desapegarse de la sociedad sino porque existen condiciones sociales que los orillan a distanciarse. Por ejemplo: las ideas viejistas en las cuales se menciona que su "tiempo ya paso", por influencia de sus hijos que procuran protegerlos, porque las instituciones recreativas no generan programas cercanos a sus hogares, inclusive el acceso a la tecnología ha modificado la manera en que las personas mayores interactúan con su entorno o bien porque el sector laboral los ha excluido y no pueden desempeñar sus habilidades como trabajadores. Tal y como lo mencionan algunos participantes:

“No, no he participado en ninguna actividad, porque no me invitan y en segunda si se puede hacer, pero ya no es lo mismo estar jugando como antes... Desde que me pensionaron, me encerré mucho y dejé de hacer actividades” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“No, desde que me enfermé, pero en mi casa coso y tejo, pero a escondiditas, si lo hago, porque mis hijos me cuidan mucho... [¿Por qué?] Porque ya no puedo salir por mis piernas, por la retención de líquidos” (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

“En grupo no, individualmente mi caminata de 40 minutos a 1 hora, voy 5 veces por semana, y veo cosas culturales como videos o películas en internet” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesus).

Gracias a la información recopilada se puede decir que esta desvinculación social impuesta incide en la generación de estereotipos sociales, expresados en que el adulto mayor debe quedarse en casa, ya que las personas mayores son orilladas a tomar decisiones de alejamiento en diversos ámbitos de la vida, tal como el familiar, social, económico, entre otros. Por ende, es importante

generar vínculos fuertes con la sociedad en general para que las personas mayores se sientan integradas de manera global.

Castellano (2020), menciona que “todas las personas cumplen uno o varios roles a lo largo de su vida” (p.11), los cuales van teniendo modificaciones tanto en el entorno familiar, laboral y social. Esto lleva a que se presente una transformación de forma personal y emocional, al igual que sociofamiliar y económica, ya que se pueden asumir nuevos roles o continuar con los ya estipulados. Asimismo, Aldas (2015) señala, que hay una desaparición social del anciano. Bajo esta perspectiva, todos debemos desempeñar un rol que es asignado socialmente, el rol del anciano es estar lejos de la vida pública.

Dentro de la investigación se encontró que algunos participantes reconstruyeron el rol que tenían asignado, en donde anteriormente se dedicaban al trabajo y a la participación activa en la vida pública, hoy en día se ha visto modificado en: desempeñar actividades del hogar, actividades de mantenimiento a la vivienda o actividades recreativas que permiten distraerse. Tal y como lo mencionan algunos participantes:

“... bueno si quieren [la familia] un trabajito que se los vaya a hacer con mucho gusto, de plomería, que un foco, esas actividades, regar las plantas, cocinar es un trabajo en equipo (él y su esposa)” (Sr. Crispín, 79 años, F11\_Crispín).

“... era muy activa me iba a trabajar en el negocio de verduras en el tianguis, ya casi no hago nada, solo en ocasiones lavo trastes, y voy a acompañar a mis hijas a vender sus tamales y juguitos” (Sra. Refugio, 68 años, F02\_Refugio).

Pérez y Rodríguez, (2020), refieren que existe la diferenciación de normas y valores, los cuales pueden afectar las expectativas sociales que se tienen referente a las mujeres y a los hombres, porque se espera que el sexo masculino sea valiente, fuerte, independiente, con control

emocional, entre otros. Y la mujer tenga el rol de cuidadora o ama de casa, porque se asocia con la naturalidad de las mismas.

La investigación permito visualizar que las mujeres a la hora de desempeñar actividades del hogar no reflejaron ningún inconveniente o desacuerdo ya que mencionaban que les gustaba atender su hogar y son actividades que siempre han realizado, mientras que los hombres decían que se dedicaban a apoyar en actividades del hogar a sus esposas tal y como lo mencionaron los siguientes participantes:

"Me pongo [a atender] a los pájaros, comienzo a barrer el patio, a veces me pongo a lavarlos y eso es lo que yo hago aquí."(Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

"Limpio mi casa, lavo mi ropa, plancho mi ropa, o lavo al perro, todos los días hago algo, pero siempre hago cosas, siempre me levanto a las 4 o 5 am... me baño, me peino, hago de desayunar, por muy tarde a las 10 am, ya acabé de hacer mi comida" (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

El cambio de roles es un proceso por el que todas las personas transitan. Sin embargo, al enfocarse a las personas mayores se percibe que las actividades que realizan son desempeñadas dentro de su vivienda, esto porque, la sociedad los ve como seres frágiles, por ello es mejor que no se expongan a posibles accidentes.

Ahora bien, destaca que las actividades que desempeñan las mujeres y los hombres se relacionan con quehaceres domésticos, sin embargo, se nota que, para las mujeres, esto no ha cambiado, ya que socialmente, el género femenino es el que se encarga de la limpieza, el cuidado de la familia y la elaboración de los alimentos. Aunque los hombres no lo mencionaron, se percibe que ellos experimentaron el cambio de rol, de ser quien provee a ser quien está en casa. Esto es notable, porque, los participantes del sexo masculino, además de "ayudar" en el quehacer

doméstico, buscan, seguir activos realizando trabajos del hogar (plomería, electricidad, drenaje, entre otros), ya que estas son actividades propias de los hombres, o al menos así se concibe en la sociedad.

Martínez, Vivaldo y Mendoza (s/a), señalan que el concepto de viejismo alude a todas aquellas acciones o expresiones negativas hacia las personas mayores. El término indica que las personas viejas son menos productivas, poco inteligentes y que no cuentan con la capacidad y habilidad de realizar actividades que antes solían hacer.

Orozco y López (2016) refieren que el viejismo es un estereotipo que suele ser empleado a nivel micro, es decir en el entorno social de la persona mayor, ya que la familia, amigos, vecinos, nietos o conocidos, son quienes discriminan o privan a las personas mayores de realizar actividades.

Esto se confirma con lo que señalan los participantes. Su familia, amigos y vecinos son quienes principalmente les dicen que ya no hagan actividades, porque “ya no están en la edad de hacerlo”, incluso las personas mayores normalizan la idea de que mantenerse inactivos dentro de su entorno familiar y social, es un estereotipo que deben cumplir. Las personas a su alrededor buscan que este grupo etario descansa el mayor tiempo posible, en lugar de hacer actividades que los pueden poner en peligro. Tal y como lo mencionan los siguientes comentarios:

“Si, mis hijos, ellos me previenen de un accidente -papá no hagas esto-, como por ejemplo no bajar las escaleras corriendo. Yo quiero evitarles problemas a ellos” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“Sí, me han dicho que yo ya no puedo hacer tanto quehacer, me dicen los doctores que no me puedo mover mucho por el marcapasos, pero yo no me acostumbro a estar sin hacer nada, igual si voy a otra casa mi nuera y mi nieta, no me dejan hacer nada, los vecinos me dicen que también no haga mucho quehacer me dicen que nunca se acaba, pero ya me acostumbré así” (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

“... un chavo que me dijo en el taller... ¿cómo un señor de 80 años va a andar levantando esa herramienta como el gato, o andar en bicicleta? Se les hace raro a los vecinos, también me dicen, puedes ir a la fiesta, pero no tomes...” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Mosiés).

El vejeismo limita a las personas mayores debido a que no permite alcanzar la calidad de vida requerida para desarrollarse en un entorno saludable. Las personas mayores se ven sujetas a concepciones erróneas acerca de su identidad, su independencia, su libertad y, personalidad lo que repercute sobre su salud física, mental y social (Orozco y López, 2016). En la investigación se descubrió que la mayoría de los participantes mencionaron que la restricción de actividades no influye directamente en su calidad de vida, sin embargo, los comentarios de familiares y conocidos no pasan desapercibidos, los tienen presentes, ya que se limitan a hacer las actividades que sus familiares les indican, esto con el fin de evitarles problemas o accidentes. Las personas mayores no logran percatarse que los estereotipos viejistas se han ido normalizando, por ende, se considera que estas acciones influyen de manera negativa en su calidad de vida, porque no pueden tomar decisiones libres y autónomas. Así lo mencionan algunos participantes:

“sí me ven barriendo la calle (mis hijos) me dicen –pero mamá eso no le corresponde a usted- como que no, la calle es mía” (Sra. Juana, 91 años, F01\_Juana).

“Cuando me dicen esto, me hacen sentir menos, aunque esto no me afecta, les evito problemas y preocupaciones” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“Eso me hace sentir molesto, ellas no saben lo que siento, me hacen sentir mal, pero también lo comprendo, es mucho trabajo el de casa” (Sr. Galileo, 73 años, F07\_Galileo).

“No me importa, en si casi no hago lo que yo diga, sino que lo que me dice mi hija” (Sra. Rita, 80 años, F09\_Rita).

Los estereotipos, influyen en la vida diaria de las personas mayores. La familia es quien principalmente indica a este grupo etario que evite hacer tareas, ya que puede poner en peligro su salud. De igual forma los vecinos y amigos, realizan comentarios en los que indican que las personas mayores ya deben estar descansado, porque durante su juventud trabajaron lo suficiente y que ya es tiempo de vivir sin preocupaciones.

Es comprensible que la familia busque el bienestar de las personas mayores, sin embargo, poco se piensa en lo que ellos sienten o quieren. Más que un beneficio puede ser algo que perjudique su vida diaria, porque se modifican las actividades a las que estaban acostumbrados, comienzan a extrañar a sus compañeros de trabajo, salir de casa, hacer tareas que disfrutaban. Y aunque, los participantes mencionan que su calidad de vida no se ha visto afectada, en realidad lo que buscan es que sus hijos o amigos no se molesten con ellos, pero en la mayoría de los casos, fueron los hijos quienes decidieron que ya no deben de trabajar, de salir, o de realizar ciertas actividades.

Sería recomendable que en futuras investigaciones se indagúe sobre el verdadero sentir respecto al cese de sus ocupaciones, puesto que también existen comentarios en el que las personas mayores se sienten mal, física, psicológica y socialmente. Las personas mayores siguen experimentando sentimientos y esto es algo que socialmente olvidamos, y los encasillamos como seres frágiles.

### **Aspectos económicos y su influencia en la calidad de vida de las personas mayores**

En esta sección se plantea el análisis de resultados, acerca de los aspectos económicos, tales como: participación en actividades remuneradas, jubilación, pensión e ingresos económicos y cómo influyen en la calidad de vida de las personas mayores.

Montoya y Montes (2009), mencionan que las personas mayores continúan laborando principalmente por necesidad económica, pero también destacan que otros trabajan con el objetivo

de aprender un oficio o sentirse participes dentro de la sociedad. Esto coincide con lo mencionado por los participantes, ya que al ser cuestionados si trabajan, dos participantes mencionaron que sí, una dijo que, por gusto, no por necesidad y la otra refiere que es porque le gusta hacer algo y que le sirve para sus necesidades. Mientras que otros dos participantes venden jugos y gelatinas, pero lo interesante es que no lo definen como un trabajo, si no como un pasatiempo. Así lo indican:

“Trabajo por gusto, porque por necesidad gracias a Dios no” (Sra. Rita, 80 años, F09\_Rita).

“Yo trabajo vendiendo FULLER... Porque me gusta hacer algo, aparte de eso me sirve para mi necesidad” (Sra. Galdina, 76 años, F06\_Galdina).

“No, pues te digo que ya no trabajo... solo a veces vendo gelatinas” (Sra. Refugio, 68 años, F02\_Refugio).

“Pues no, vender jugos sólo es para pasar el tiempo” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

Por otro lado, el resto de los participantes mencionaron que no trabajan. Algunos consideran que el estar jubilados les permite descansar, vivir más tranquilos y evitar los ajetreos de la vida diaria. Sin embargo, para otros, el cese de su vida laboral está relacionada con su condición física y enfermedades que les impiden realizar actividades, o por la exclusión del campo laboral hacia las personas mayores.

“Ya no trabajo, porque ya no me ocuparían, si me gustaría trabajar, pero ya le ponen a unos pretextos. Si voy a pedir trabajo dicen que necesitan a gente joven. De todos modos, no lo necesito, estoy bien, gracias a Dios” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“No trabajo por mi enfermedad” (Sr. Galileo, 73 años, F07\_Galileo).

“No trabajo porque ya no me ocupan” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Las personas mayores manifestaron diversos sentimientos respecto a no participar en actividades remuneradas, varios dijeron sentirse bien, porque ya no quieren sentirse presionados por el trabajo, incluso sienten que sus hijos los consienten:

“Me siento feliz porque ya no hay responsabilidad sobre un trabajo, estoy bien de estar en casa y disfrutarlo, disfruto mi soledad” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

Por el contrario, algunos otros que están resignados a no trabajar, se sienten mal porque pierden su rol de trabajador y por ello dependen económicamente de otros, así lo dijeron:

“Me sentí mal cuando dejé de trabajar, por el dinero, porque yo administraba el dinero y no es lo mismo estar atendida a lo que te den o les alcance, a mí no me gusta recibir dinero de mis hijos...” (Sra. Concepción, 80 años, F05\_Concepción).

“Me siento raro porque uno deja de hacer lo que estaba haciendo, pero es un fin que debemos de tener todos, el patrón ya no nos quiere y nos pensionan” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

En general, la mayoría de las personas mayores entrevistadas no labora y esto les permite tener tranquilidad y descanso. Los que si laboran lo realizan por gusto o pasatiempo. Algunos sienten emociones favorables como relajación y tranquilidad, mientras que otros presentan emociones desfavorables como sentirse tristes, o excluidos por el campo laboral. Lamentablemente algunas personas mayores al llegar a la etapa de la vejez se retiran del campo laboral, ya que el empleo los excluye y consideran que ya "no sirven" para realizar los trabajos, y únicamente toman en cuenta a los jóvenes, generando discriminación, que hoy en día se encuentra normalizada por la sociedad en general, lo cual perjudica la salud física, mental y social. Por ende, es importante general políticas públicas que incluyan a las personas mayores en el campo laboral remunerado y no remunerado con el propósito de mantener activas sus capacidades físicas, mentales y sociales, y evitar que se invisibilice a este grupo etario y sigan siendo importantes en la sociedad.

El Grupo Interdisciplinario de Investigaciones Sistémico-Interpretativas (GIISI) (2017), menciona que el sistema de pensiones se conforma por dos tipos: las contributivas que se identifican porque el trabajador aporta de manera parcial o total recursos económicos que en el futuro cubrirán su pensión de retiro, como es la pensión laboral o por viudez. Y las no contributivas las cuales son cubiertas en su totalidad por recursos públicos, tal como es la Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (BIENESTAR). En la investigación se encontró que todas las personas entrevistadas cuentan con al menos una pensión: se categorizaron en tres grupos: cinco de los participantes cuentan con pensión por cesantía o vejez, y la pensión del BIENESTAR; seis participantes se benefician de la pensión del BIENESTAR, y una participante, cuenta con la pensión por viudez y la pensión del BIENESTAR.

Con respecto al primer grupo, Sánchez y Morales (2018), señalan que la Real Academia Española (RAE), define al “jubilado” como aquella persona que por su edad avanzada cumplió con el ciclo laboral establecido y por ello deja de trabajar y recibe una pensión. Asimismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (2021) señala que quienes mantuvieron una relación formal de trabajo, tienen acceso a la pensión por cesantía en edad avanzada o vejez, siempre y cuando el trabajador cumpla 60 o 65 años, además de cubrir el periodo mínimo de semanas cotizadas, que establece la ley.

Esto coincide con lo encontrado en la investigación, ya que 5 de los participantes mencionaron ser jubilados, porque trabajaron por más de 30 años en empleo formal, además que cumplieron con el periodo de cotización requerido para alcanzar la pensión laboral.

“Cumplí los 60 años, y las cotizaciones que se tienen que dar en el trabajo, yo me jubilé por cuenta propia” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

“Por el trabajo, por la edad después de los 65 años yo ya no trabajo, trabajé en dos empresas de mantenimiento” (Sr. Crispín, 79 años, F11\_Crispín).

Lamentablemente 7 no se encuentran pensionados debido a que no laboraron formalmente en una empresa porque no era de su agrado, trabajaron de forma independiente o se mudaron a otro país.

“Nunca trabajé en empresa, siempre fui comerciante y ahorita pues ya en la casa, sin gastos sin nada” (Sra. Refugio, 68 años, F02\_Refugio).

“No... Trabajé, pero no tarde tanto, si acaso... unos 5 años... No me gustó porque me llamó más la atención el negocio” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

Goicochea (2019) indica que para algunas personas mayores la jubilación, será una etapa de disfrute, felicidad e incluso de satisfacción por la labor que se cumplió, sin embargo, para otros podría representar una etapa negativa, que provoca sentimientos de pesimismo, frustración o depresión, ya que sienten que han perdido valor y que ya no podrán aportar algo a la sociedad. Esto se relaciona con lo que indicaron las personas mayores que cuentan con una pensión laboral, para algunos, esta es una etapa de disfrute y tranquilidad, además mencionan que pueden vivir gracias a estos beneficios, sin embargo, también existen sentimientos negativos, ya que, se percibe un cambio de rol o se sienten apartados de la sociedad.

“Sí me ayudó y no, es como si estuviera apartado del mundo, ya no puedo hacer nada. Porque deje de trabajar y te apartan de tus actividades. También es buena porque si la sabes aprovechar es buena, te la llevas tranquilo...” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“Sí, contribuye a mi calidad de vida porque estoy viviendo de ahí. Me ayuda porque tengo más tranquilidad a veces me limito en algunas cosas...” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Por otro lado, las personas mayores que no cuentan con una pensión contributiva señalaron que si la hubiera obtenido esto influiría de manera positiva, porque tendrían un ingreso económico extra que les beneficiaría, sin embargo, otras personas comentaron que no la necesitan, ya que gracias a sus ahorros y al apoyo de sus familiares, no necesitan de una jubilación.

“Si me hubiera jubilado, creo que estaría igual, porque hicimos muchos ahorros y con eso también la estamos pasando... Probé con este trabajo, con el negocio y me fue bien, pues ya para que le buscaba más...” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

“Si influiría, ya que sería otro dinero aparte, pero ahí vamos con lo que me dan y ahí vamos pasando” (Sra. Galdina, 76 años, F06\_Galdina).

Un dato relevante dentro de la investigación es que las personas mayores con pensión contributiva únicamente son hombres, por ende, las mujeres no laboraban, esto se debe a que anteriormente las mujeres no tenían posibilidades de insertarse en un empleo formal, en comparación con los hombres. Las mujeres estaban “destinadas” a ser amas de casa, por ello, ser parte del campo laboral no era una opción en sus vidas, además de que el poco acceso al sector educativo limitaba las oportunidades de las mujeres a aspirar a puestos laborales que les brindaran beneficios en el futuro. Por ello, los trabajos que realizaban eran en tareas domésticas, en donde no era posible brindarles los beneficios de la jubilación. También se observó que las personas entrevistadas que cuentan con pensión contributiva se sienten bien, porque viven de ello y les brinda tranquilidad, y para los que no tuvieron la oportunidad de tenerla, algunos sienten que a lo mejor estarían gozando de una mejor calidad de vida y otros mencionan que no influirá en absoluto y estarían igual que como lo hacen hasta el día de hoy.

Por otro lado, Juárez y Rodríguez (2021), señalan que con las pensiones no contributivas se asignan recursos para el hogar, el consumo, el ahorro y la nutrición. Algunos estudios mencionan

que las pensiones no contributivas mejoran el bienestar material de las personas mayores, impactando en el estado mental y de salud. La pensión hoy en día es uno de los recursos económicos de mucha ayuda para las personas mayores.

Lo encontrado en la investigación respalda lo dicho por los autores, ya que todas las personas mayores entrevistadas cuentan con la pensión de BIENESTAR que otorga el gobierno de México. Además, el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM), proporciona a la persona mayor una credencial que brinda descuentos en tiendas departamentales, de ropa, farmacias, y transportes.

Dichos apoyos de gobierno contribuyen positivamente a su calidad de vida, ya que las personas mayores entrevistadas refieren que con la pensión del BIENESTAR compran su despensa, ropa, o calzado y que la tarjeta de INAPAM les permite viajar a sus pueblos y salir en el transporte público, así lo mencionan los siguientes participantes:

“La pensión del bienestar, la credencial del INAPAM... ayuda para bien digamos algún lugar al que vamos a ir, pues de ahí nos ayudamos de eso... del pasaje también pues pagamos la mitad del precio por el descuento que tenemos del INAPAM y es menos el transporte” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

“La tarjeta de Bienestar, también la del INAPAM, [ayuda] para que no me cobren en el metro, metrobús... [Brinda] tranquilidad, porque no estoy pensando en pagar la renta, comprar un tanque de gas o algo, yo no tengo ese tipo de problemas” (Sra. Rita, 80 años, F09\_Rita).

“Sí, la pensión del bienestar que da el presidente o el gobierno... Sí influye porque estoy más desahogado en mis gastos, la ocupo para el mantenimiento de la casa... pero lo hago para dar una calidad de vida a mis inquilinos y también para mí... Y la credencial de INAPAM para transporte

viajo de norte a sur... para andar en la ciudad uso mi tarjeta de INAPAM. Si influye para bien” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

Las pensiones no contributivas o ayudas económicas que proporciona el Gobierno a las personas mayores son ingresos económicos que benefician a este grupo etario, ya que es un ingreso extra que ayuda al pago de servicios, costear la canasta básica, vestido, calzado, incluso para actividades de recreación, como lo son viajes, paseos, entre otros. Además, la credencial del INAPAM también representa una ayuda, con ella las personas mayores obtienen descuentos e incluso les permite movilizarse sin costo en la Ciudad de México. Implementar la pensión del BIENESTAR, como un apoyo universal para las personas mayores, ha sido un gran acierto por parte del gobierno mexicano, al igual que la expedición de la credencial del INAPAM. Sin embargo, sería prudente ampliar el catálogo de sucursales que brinden descuentos a personas mayores.

En el apartado anterior se mencionó cómo las personas mayores consiguieron la pensión por cesantía o vejez, ahora bien, la pensión del BIENESTAR la obtuvieron porque el personal del gobierno mexicano acudió a sus domicilios para facilitar el trámite y algunos otros fueron a módulos de atención del BIENESTAR a solicitar el apoyo, otros acudieron a centros de salud para pedir ayuda para solicitarla y posteriormente les entregaron sus credenciales de pensión (BIENESTAR). Algunos participantes mencionaron, que el proceso para solicitar este beneficio económico fue algo sencillo, sin embargo, algunos otros señalaron que su solicitud tardó en ser procesada, el procedimiento fue tedioso e incluso burocrático. Un dato importante que mencionaron los participantes es que anteriormente los apoyaban con despensas para sus hogares.

“[Pensión del BIENESTAR] Las chicas llegaron aquí a la puerta de mi casa, ellas hicieron mi trámite, tardó como un año para llegar, yo les dije que estaba jubilado y me dijeron que no importaba, que era un regalo del gobierno” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“[Pensión del BIENESTAR] La conseguí por la edad, yo estaba en mi negocio y llegaron y me preguntaron mi edad, tenía 68, y me tomaron mis datos, y les pregunté para cuándo llegará el primer dinero y no se tardaron mucho, no tuve ningún problema, fue muy bueno porque antes daban alimentos y a raíz del cambio algunos batallaron cuando quitaron alimentos, pero igual no ha habido problemas con la ayuda” (Sr. Jesús. 74 años, F12\_Jesús).

La mayoría de los participantes argumentó que la pensión del BIENESTAR influye positivamente en su calidad de vida, ya que el dinero lo utilizan para solventar los gastos, les brinda seguridad y tranquilidad

“No me cayó nada mal, Cuando me dieron el dinero dije una ayuda más que ya obtuve, en ese entonces eran \$1050, sí, pero ya con eso, si sentí satisfacción de que obtuve esa ayuda y ahora con más razón ya subió” (Sr. Emiliano, 75 años, F03\_Emiliano).

“Sí, porque tengo más tranquilidad” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

Gracias a esto podemos decir que todas las personas mayores entrevistadas cuentan con pensión no contributiva (BIENESTAR), la cual les ayuda para vivir, sentirse seguros y tranquilos, al igual que la jubilación laboral. Mientras que las que no cuentan con jubilación por empleo mencionan que sería un extra de ayuda económica que les beneficiaría, pero esto no influye en su la calidad de vida. Por ende, se considera que las pensiones son apoyos económicos que son de ayuda para vivir, que contribuyen a que las personas mayores se sientan plenas y mantengan una calidad de vida adecuada, ya que no todas las personas mayores tienen los suficientes recursos para sentirse seguros, o bien no cuentan con el apoyo de sus familias.

Se percibe que, al inicio de la implementación de este beneficio, el trámite, era difícil, ya que no se contaba con información necesaria, las personas mayores tenían que acudir a ciertos lugares a entregar sus papeles, y después de ello esperar un largo tiempo para tener acceso a la despensa o dinero que les brindaban. Actualmente, el Gobierno Mexicano, ha facilitado este trámite ya que se sondea a las personas mayores que son candidatas a la pensión del BIENESTAR, y se agiliza el trámite en la comodidad de sus hogares.

Un dato relevante es que las personas mayores, desconocen las diferencias entre pensión contributiva y no contributiva, ya que cuando se les preguntó con qué pensión contaban, únicamente una persona dijo que tenía su jubilación y además la pensión del BIENESTAR. Los demás participantes dijeron que su pensión era la que brinda el gobierno mexicano, dejando de lado su pensión contributiva. Además, algunas personas mayores no creían que el gobierno, fuera capaz de dar un apoyo económico a este grupo etario, e incluso lo perciben como un regalo.

Millan (2010), indica que el ingreso económico de las personas mayores puede ser individual o familiar, por ello dicha cantidad es variable en cada caso, se pueden obtener ingresos de actividades remuneradas, pensiones, apoyos gubernamentales y familiares. Esto coincide con lo encontrado en la investigación, porque la mayoría de los participantes dijo solventar personalmente algunos gastos con recursos de su pensión contributiva y no contributiva, mientras que sus hijos les ayudan en otros, ya sea que paguen los servicios básicos del hogar o solventen los gastos de alimentación, vestido, calzado y/o servicios médicos, tal y como lo mencionan los siguientes participantes:

“Yo dinero no lo tengo, yo pago luz, agua, aquí y en el rancho con mis impuestos, ese dinero [Pensión del Bienestar] lo voy administrando, nadie más me da dinero, yo le digo a mis hijos que no me den” (Sra. Juana, 91 años, F01\_Juana).

“Por la pensión [laboral]... con lo del bienestar es un apoyo, los hijos siempre contribuyen de una u otra manera, ellos facilitan también las cuestiones económicas y ya no estamos tan restringidos” (Sr. Crispín, 79 años\_F11\_Crispín).

“Soy pensionado y con la ayuda del bienestar mis hijos se encargan de pagar, luz, agua, predial, teléfono, yo solo compro la comida, vestido, calzado y medicamento” (Sr. Moisés, 80 años, F08\_Moisés).

“Mi hija la vestimenta, mi hijo la comida, y el de mi negocio para mí...” (Sra. Rita, 80 años, F09\_Rita).

A partir de la información recolectada por los participantes, podemos constatar que las personas mayores obtienen ingresos económicos de los apoyos gubernamentales y las pensiones laborales, así como de apoyos familiares. Cada persona mayor administra sus ingresos económicos de diversa forma, y algunos dividen sus gastos con sus hijos. Por lo que es importante destacar que, para las personas mayores, la familia suele ser de gran apoyo para cubrir sus gastos.

Soria y Montoya, (2017), refieren que la seguridad y los ingresos económicos (participación en actividades remuneradas, pensiones y jubilaciones para el retiro), han tratado de cubrir las necesidades básicas de la persona mayor, pero lastimosamente eso aún no se cumple, ya que a lo largo de la vida se trabaja para contar con una seguridad social y económica, pero esto no significa que este grupo etario tendrá una calidad de vida placentera. Además, Vera (2007), señala que la persona mayor considera como principal elemento en la calidad de vida tener paz y tranquilidad en su vida, quienes buscan la satisfacción de las necesidades básicas como el vestido, calzado, alimento y vivienda es la familia.

Se encontró en la investigación que los participantes argumentaron que sus ingresos económicos cubren positivamente sus necesidades básicas por ende su calidad de vida es

favorable, ya que consideran que están bien con lo que tienen, les alcanza para vivir bien, no les hace falta nada, y al mismo tiempo contribuye a estar tranquilos y a no tener presiones. Así lo indicaron algunos participantes:

“El dinero si me alcanza, no tengo necesidad de trabajar, gracias a dios, me pensionaron bien y no he sufrido de nada... Mis ingresos me ayudan a tener una buena calidad de vida a estar tranquilo, vivir bien, sin complicaciones ni tener presión de nada. De ahí pago todo” (Sr. José, 79 años, F04\_José).

“Sí, [el ingreso económico] si ayudan... Nunca me ha faltado nada. Si ayuda a tener una buena calidad de vida, por ejemplo, cuando nos dan nuestro dinero nos vamos a nuestros pueblos y compramos cosas, nos ayuda mucho” (Sra. Rufina, 73 años, F10\_Rufina).

“Sí, cubren mis necesidades con eso pago todos mis impuestos y lo que necesito... Claro que si contribuyen [a la calidad de vida] porque me dan tranquilidad, lo importante es la administración: cierta cantidad para alimentos, mantenimiento y cantidad para diversión... pero para tener una vida con las pequeñas comodidades que llevo es la administración, si no hay administración no hay nada” (Sr. Jesús, 74 años, F12\_Jesús).

Podemos notar que las personas mayores entrevistadas, cuentan con el recurso económico suficiente para vivir, sin preocupaciones y tranquilos, pero para conseguir esto ellos deben administrar sus ingresos, provenientes de distintas fuentes apartando el dinero y estableciendo finanzas adecuadas para cubrir sus necesidades, del hogar, alimentación y diversión. Sin embargo, podemos notar que ni la pensión contributiva, ni la pensión no contributiva por si solas son una fuente suficiente para solventar los gastos de las personas mayores. Como se evidencia en los testimonios, todos los entrevistados mencionaron que para cubrir sus necesidades básicas tiene que

complementar los ingresos recibidos a través de la pensión contributiva, la no contributiva y el apoyo de su familia.

Además, se reflejó que lo que más les importa es mantenerse tranquilos y consideran que sus ingresos económicos son suficientes para tener una calidad de vida plena. Mientras que para su familia lo más importante es que este grupo etario cuente con ingresos económicos que garanticen su bienestar.

### **Aspectos biopsicosociales relevantes en la calidad de vida de la persona mayor**

En este apartado se plantea el análisis de resultados sobre el aspecto biopsicosocial que las personas mayores residentes de Cuauhtepéc perciben como más relevante en su calidad de vida. Los aspectos biopsicosociales considerados son; a) biológico: disminución de las funciones motoras, enfermedades, cambios en los sentidos, así como el acceso a servicios de salud; b) psicológico: emociones, muerte, espiritualidad e instituciones de apoyo psicológico; c) social: vínculos sociales (amigos, familia y vecinos), reconocimiento social (inclusión social, nuevos roles que la sociedad va asignado, estereotipos sociales); d) Ingreso económico (participación en actividades remuneradas, jubilación y pensión).

Flores et. al. (2018) refieren que las personas mayores definen su calidad de vida con base a sus perspectivas, por ello las personas mayores suelen darles mayor peso a los siguientes factores: relaciones familiares, apoyos sociales, salud, capacidad funcional, e ingresos económicos. Ya que estos factores se relacionan con su autonomía, y con la capacidad de desarrollar, participar y ejecutar actividades.

Esto se confirma con lo encontrado en la investigación, dado que al cuestionar a los participantes sobre qué aspecto biopsicosocial es el más importante o con mayor influencia en su

calidad de vida, se obtuvieron comentarios divididos, ya que cada una de las personas mayores seleccionó un aspecto y justificó su respuesta, la dimensión que perciben más importante es la de la salud, más de la mitad de los participantes, dijo que si no tienen salud no quieren y no pueden tener nada.

Dos participantes, señalaron que el aspecto económico es el que más influye en su calidad de vida, porque el dinero les ayuda a adquirir los productos que necesiten, además, recibir ingresos económicos les da tranquilidad. Otros dos participantes, optaron por el aspecto social, enfocado principalmente hacia su familia, argumentaron que las relaciones familiares armoniosas contribuyen a su tranquilidad. La comunicación con sus seres queridos es lo primordial en sus vidas, por ende, en su calidad de vida. Por último, únicamente una persona mayor, eligió como pilar principal el aspecto psicológico, retomando que la paz mental le permite convivir sanamente con las personas que la rodean. Así lo mencionan los siguientes participantes (ver tabla 8):

**Tabla 7. Dimensión importante para la calidad de vida de las personas mayores.**

Biológica	“Todas son buenas, pero la primera sería la salud, es la básica, tener buena salud, teniendo eso lo demás llega solito. Si no hay buena salud, no hay nada” (Sr. José, 79 años, F04 José)
Económica	“Lo económico porque ahora sí que de ahí sale todo lo que se ofrezca...” (Sr. Moisés, 80 años, F08_Moisés).
Social	“Las relaciones familiares, no hay como estar viviendo en paz, estar tranquilo, siento mucho apoyo de la familia...” (Sr. Galileo, 73 años, F07_Galileo).
Psicológica	“El psicológico porque quiero paz mental y convivir con la persona que uno más quiere” (Sr. Refugio, 68 años, F02 Refugio).

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, es relevante que la mayoría eligiera la salud como un aspecto primordial con influencia en su calidad de vida. Esta es un área de oportunidad para la Promoción de la salud, disciplina que se encarga de aportar información y acompañamiento para alcanzar objetivos en conjunto con la población (Pacheco, 2022).

En este sentido, Arechabala, (2007) indica que algunas personas mayores suelen estar dispuestas y flexibles ante las actividades que promuevan la salud, puesto que pretenden mantener su calidad de vida. Por ello, a partir de la Promoción de la Salud se pueden generar acciones oportunas y eficaces, para mejorar y mantener la calidad de vida de las personas mayores. Los profesionales de Promoción de la Salud pueden integrarse al trabajo en conjunto con las personas mayores, la sociedad y el Estado, con el propósito de generar proyectos que permitan transformar la visión que se tiene con respecto al proceso de envejecimiento, la etapa de la vejez y la calidad de vida que se tiene a lo largo de la vida.

Es interesante, que la mayoría de los participantes eligiera como pilar principal la salud, porque cómo se mencionó en el apartado de salud, la autonomía es un aspecto fundamental, les ayuda a seguir valiéndose por sí mismos, además, el no tener dolencias o impedimentos físicos le permite continuar con actividades que son de su agrado. También destaca el valor que dan a su cuerpo, pero sobre todo a su persona, con ello, las demás esferas o dimensiones pasan a segundo término.

Con respecto a la dimensión económica los participantes que la seleccionaron la consideran como indispensable porque el recurso económico les brinda paz y tranquilidad para solventar sus gastos que les permiten vivir plenamente, cuidar de su salud, y pagar sus impuestos, lo cual genera seguridad económica en su calidad de vida.

Los aspectos sociales, son los que poco se han explorado. La investigación permitió que las personas mayores expresaran por qué este aspecto es importante. La familia es el grupo social que contribuye a la tranquilidad de este grupo etario y ellos lo perciben como un lazo emocional benéfico. Lo que las personas mayores buscan es establecer relaciones sanas en donde encuentre paz y no conflictos.

Por otro lado, una participante prefirió la dimensión psicológica porque considera valiosa la paz mental y la tranquilidad para estar bien con los demás, por ende, se plasma que ella, percibe a la salud emocional como forma de expresión positiva hacia las personas con las que convive, ya que, si está bien emocionalmente, transmite tranquilidad, paz y empatía a su familia y a la sociedad.

Gracias a esto, se puede constatar que las subjetividades son diversas porque cada participante le otorga un valor relevante a cada dimensión, ya que depende de sus experiencias y sentires.

### **Conclusión**

En conclusión, la presente investigación permitió conocer cómo las personas mayores perciben su calidad de vida con relación a las cuatro dimensiones analizadas: biológica, psicológica, social y material. Para su realización fue de suma importancia escuchar de viva voz la forma de pensar y sentir de las personas mayores respecto a las categorías abordadas. Esto facilitó la recopilación de experiencias, de cómo viven cada una de las dimensiones, dejando de lado, en esta primera etapa, la interpretación de las investigadoras para no influir en la respuesta de los participantes. Sin embargo, en el análisis de resultados incluimos nuestras percepciones y el análisis crítico de la información obtenida. La investigación aporta información sobre calidad de vida desde una perspectiva multifactorial. También se elaboró un instrumento innovador, ya que fue realizado por las investigadoras a partir de algunas categorías establecidas en los instrumentos Word Health Organization Quality of life-100 y Word Health Organization Quality of life-OLD.

Se puede determinar que la calidad de vida está definida por aspectos objetivos tales como: salud objetiva (acceso a los servicios de salud, enfermedades y padecimientos), situación económica (pensión, jubilación y participación laboral) y subjetivos como: salud percibida, felicidad, tranquilidad y vivir bien. Sin embargo, cada persona mayor prioriza el aspecto o dimensión que considera más importante.

La finalidad de la investigación fue explorar el significado que las personas mayores tienen respecto a calidad de vida, la cual perciben como tener paz, tranquilidad y autonomía, esto se abordó desde de las 4 dimensiones (biológica, psicológica, social y económica). Nuestro objetivo no fue medir estadísticamente o establecer una escala que determinara si la calidad de vida era buena o mala, sino conocer la perspectiva de los participantes, escuchando de viva voz lo que tenían que expresar.

La investigación logra cumplir el objetivo general de conocer las dimensiones biopsicosociales que influyen en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepc. Esto se consiguió a partir de los objetivos específicos establecidos:

1. Identificar las condiciones de salud que inciden en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepc. En esta dimensión, se encontró que los participantes suelen comparar su desempeño físico con etapas anteriores de su vida, pero consideran que pueden hacer las mismas actividades que realizaban en su juventud, la cual perciben entre los 40 o 50 años. De esta forma podemos señalar que el ritmo de la vida se ha modificado. Asimismo, se ve la importancia de la autonomía y la capacidad de realizar con independencia sus actividades cotidianas, esto aporta satisfacción porque las personas mayores señalan que son más felices cuando se valen por sí mismas. La salud y la condición física no sólo dependen de condiciones médicas o aspectos biológicos sino de cómo las condiciones del entorno se adaptan como facilitadores a los cambios naturales del proceso de envejecer.

Por ello, estos cambios no necesariamente generan implicaciones negativas para las personas mayores siempre y cuando tenga la facilidad de adquirir apoyos, tratamiento y atención médica. Sin embargo, es la propia familia quienes les impiden realizar actividades de su interés.

Gracias a nuestro campo disciplinar podemos destacar que la salud debe ser entendida como un proceso integral, en el que interactúan diversos factores y por ende todos influyen en la calidad de vida de los participantes. Las dolencias físicas o enfermedades que padecen las personas mayores, aunque es un aspecto relevante, no es lo que más les aqueja, en realidad lo que más los afecta es que su familia no les brinde atención, cariño, cuidado, pero sobre todo no contar con el acompañamiento, alguien que los escuche y les preste atención. En este aspecto debemos señalar que los entrevistados quieren ser tratados como personas mayores y no como infantes.

En ocasiones las personas mayores que se aíslan de la sociedad transitan por modificaciones fisiológicas, por ejemplo, la disminución de la escucha. Pero no es únicamente la pérdida de la audición, en sentido estricto, lo que causa el aislamiento, sino que este hecho les impide entender lo que las personas están conversando, se sienten excluidas y se apartan. La sociedad debe empatizar con ellos y dejar los prejuicios de lado.

Por ello, la dimensión biológica no puede entenderse sin entender la relación que hay con otras dimensiones.

2. Conocer los aspectos psicológicos que inciden en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepc: Las emociones son diversas según las circunstancias de vida. Quienes manifiestan sentirse felices lo asocian con la tranquilidad, la autosuficiencia, la independencia emocional y económica, mientras que quienes manifiestan tristeza la vinculan a sentimientos de soledad, la escasa interacción social y la limitación en la realización de sus actividades de la vida diaria. Otros sentimientos manifestados son el miedo, la preocupación por su familia y la preocupación por la resolución de conflictos. Por ello, las emociones que se expresan corresponden a las condiciones del entorno y no a la etapa de la vejez. La religiosidad se expresa de diferentes formas y con distintos rituales. Sin embargo, todos los participantes manifestaron que su fe les brinda satisfacción vital reflejada en sentimientos de paz, tranquilidad y fuerza. La muerte, aunque es vista como un proceso natural y que en ciertas circunstancias genera alivio, también es vivida con miedo y dolor, principalmente cuando existen pérdidas conyugales o familiares.

Una de las áreas importantes para Promoción de la Salud es la salud mental, por ello era relevante analizar la dimensión psicológica. En la investigación se destaca que las personas mayores presentan una visión de rechazo al apoyo psicológico. Argumentan que la atención psicológica sólo la requieren personas que verdaderamente lo necesitan. Algunos participantes

señalaron que sus actitudes y comportamientos, en esta etapa de la vida, ya no serán modificados, ya que no consideran necesario cambiar, puesto que toda su vida han sido así. Sin embargo, consideramos que hace falta mayor difusión en programas de apoyo psicológico para las personas mayores porque la salud mental va más allá de atender enfermedades psicológicas.

3. Especificar los aspectos sociales que inciden en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepc: La familia nuclear es el principal vínculo social con el que conviven y la consideran como apoyo fundamental. Sin embargo, identificamos que las personas mayores muestran una profunda necesidad de apoyo y cariño por parte de los suyos. Los amigos y relaciones vecinales contribuyen al bienestar de las personas mayores. Un aspecto relevante que se concluye de esta investigación es que falta lograr una verdadera inclusión social de este grupo etario. Identificamos que las personas mayores desconocen qué es, ya que la entienden como un acto de cortesía, es decir, que les den un asiento en el transporte o un lugar en la fila, sin embargo, este concepto implica aspectos más amplios como la toma de decisiones propias y colectivas y ser partícipes en otras esferas de la vida pública. Si bien logran identificar algunos procesos de discriminación sobre todo del personal médico, es necesario trabajar no sólo con las personas mayores sino con el resto de la sociedad sobre qué es y cómo se logra incluir a las personas mayores socialmente. Otro aspecto de suma relevancia es que se ha normalizado la desvinculación social de la persona mayor, no por necesidad propia de la edad como lo señala la teoría de la desvinculación, sino porque la sociedad ha relegado a este grupo etario a tareas domésticas y del hogar desplazándolo al ámbito de lo familiar. Socialmente, se impone a las personas mayores un rol pasivo con poca participación, por lo que hacen actividades a escondidas para no molestar a la familia.

En relación con la Promoción de la Salud es importante incluir el análisis de los determinantes sociales de la salud, ya que éstos nos permiten conocer el contexto en el que se desarrollan las personas mayores, por ende, es indispensable abordar el aspecto de las condiciones sociales y económicas, para así comprender las verdaderas necesidades que expresan los participantes.

También observamos que existe un papel paternalista por parte de la familia y la sociedad hacia las personas mayores. La sociedad impone reglas sociales acerca de lo que es correcto o no realizar en la etapa de la vejez. En el caso de la familia es común que los hijos/hijas sobreprotejan y eviten que las personas mayores realicen sus actividades bajo el argumento de prevenir posibles accidentes. Sin embargo, lo que las personas quieren es continuar realizando sus actividades de manera autónoma sin depender de nadie más. Con respecto a la sociedad, el paternalismo se ve reflejado al considerar que el buen trato a las personas mayores consiste en otorgarles un asiento en el transporte público, cederles un lugar privilegiado en alguna fila, hacer todo por ellos o hablarles en diminutivo. Consideramos que se requiere erradicar estereotipos generados desde el viejismo.

También es indispensable que las personas mayores establezcan vínculos intergeneracionales, con la finalidad de continuar creando vínculos sociales nuevos, participando e involucrándose en la sociedad, con el reconocimiento que se merecen.

4. Identificar cómo los bienes materiales y económicos inciden en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepc: en este apartado encontramos que la pensión del BIENESTAR es un beneficio del cual disfrutaban las personas mayores. El trámite se ha agilizado, ya que anteriormente realizarlo era tardío y tedioso. Asimismo, destaca que las personas mayores administran de buena manera sus recursos económicos. Pese a que los participantes refieren no tener problemas económicos, esto no garantiza el derecho a una vejez digna. Sino que depende de

apoyos gubernamentales asistencialistas, pensiones contributivas y apoyos familiares. Con respecto al trabajo, éste es un ámbito en donde las personas mayores son excluidas porque los empleadores consideran que no cuentan con la fuerza de antes. Se percibió que la jubilación más que una decisión es una obligación; las empresas jubilan a las personas cuando cumplen las semanas requeridas o la edad, dejando de lado la opinión del trabajador. Además, se aprecia aún la brecha de género, más hombres cuentan con la pensión contributiva que las mujeres. El cese de la vida laboral puede verse desde dos perspectivas, la primera como un proceso que da tranquilidad, sobre todo si se cuenta con una pensión contributiva, pero también como un proceso de exclusión y discriminación del campo laboral, donde se aleja a la persona mayor del mundo. Por ello se requiere una amplia discusión de políticas públicas sobre el trabajo para la persona mayor.

La Promoción de la Salud nos permitió entender que los ingresos económicos suficientes, permiten que las personas mayores adquieran productos (alimentos, vestido, calzado, vivienda, y transporte privado) y servicios básicos (luz, agua, internet y predio), que contribuyen a la calidad de vida. Además, el aspecto monetario brinda la posibilidad de acceder a condiciones de recreación, por ejemplo costear viajes.

Con fines metodológicos decidimos dividir la investigación en las cuatro dimensiones mencionadas anteriormente para poder explorar los aspectos que se encuentran en cada una de ellas y cómo influyen en la calidad de vida de las personas mayores, sin embargo, debemos tener presente que todas son importantes y se conectan mutuamente.

En resumen podemos mencionar que no podemos hablar de una sola vejez, sino de vejezes, porque cada entrevistado visualiza y vive su calidad de vida en la vejez de forma distinta, por las

condiciones de vida y su propia percepción. Asimismo, se aprecia que existe una aceptación favorable de dicha etapa.

Entre las limitaciones que se presentaron al realizar la investigación fueron: la reducción de la muestra, de 15 a 12 participantes, debido a que algunas personas mayores mostraron desconfianza y nos negaron la oportunidad de entrevistarlos. De igual forma, fue más sencillo encontrar a mujeres dispuestas a participar, mientras que hubo mayor dificultad en encontrar participantes masculinos. Las y los participantes reflejaban incomodidad al percatarse que su voz se estaba grabando, a pesar de haber brindado su autorización.

Durante el desarrollo de la investigación se dificultó encontrar información cualitativa sobre calidad de vida en personas mayores, es decir, hay pocos estudios en los que se utiliza esta metodología. Además, la bibliografía existente se enfoca en evaluar la calidad de vida relacionada con algún padecimiento biológico, dejando de lado los factores psicológicos, sociales y económicos.

Algunas fortalezas de la investigación fueron que, al ser cualitativa, permitió explorar el objeto de estudio a profundidad, con el objetivo de conocer cómo las dimensiones biopsicosociales influyen en la calidad de vida de las personas mayores, a partir de sus propias percepciones. La investigación es novedosa e innovadora, ya que integra las cuatro dimensiones en conjunto y no solo se enfoca en una sola área. Contar con un equipo de tres integrantes, permitió desempeñar diversas funciones (entrevistar, grabar voz, registrar observaciones en el diario de campo) lo que facilitó obtener información detallada y realizar una discusión colectiva de los hallazgos. Las entrevistas se realizaron en los hogares de los participantes, lo que permitió que se sintieran cómodos. Los testimonios de los participantes permitieron evidenciar las necesidades de este grupo etario respecto a su calidad de vida.

Es recomendable que en el futuro se continúen realizando investigaciones que profundicen en los aspectos encontrados y que pueden ser interesantes para el campo de la Promoción de la Salud. Algunas líneas de investigación en las que se pudiera trabajar en futuras intervenciones desde este campo disciplinar son: elaboración de programas dirigidos hacia las personas cuidadoras para que conozcan cómo atender las necesidades de las personas mayores y evitar el vejeísmo. Programas de concientización a la sociedad y las instituciones sobre inclusión social. Implementar proyectos enfocados al apoyo psicológico, con el objetivo de brindar mayor conocimiento acerca de la importancia de la salud mental, vista desde las emociones y no solo como enfermedades psiquiátricas. Impulsar investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud en las personas mayores para identificar cómo las condiciones de vida son fundamentales, impulsando la discusión de temas como el cuidado y acompañamiento de este grupo etario.

Es de suma importancia, que al realizar investigaciones e intervenciones con las personas mayores se incluyan sus percepciones y necesidades, ya que se tiene una idea errónea de esta etapa; se percibe a la persona mayor como frágil, enfermiza, solitaria y sin voz. Al contrario, la etapa de la vejez debe ser vivida como una etapa donde se sigue aprendiendo, disfrutando, explorando, y no como “la etapa terminal”, sino la continuación de la vida. Las personas mayores poseen conocimientos y cualidades que deben seguir utilizando en su día a día, tienen habilidades para enfrentar los problemas de la vida, establecen metas y propósitos nuevos como continuar o retomar sus estudios, viajar, laborar activamente, aprender nuevas cosas, cuidar de otros seres vivos como sus mascotas y socializar con su entorno.

La etapa de la vejez posibilita alcanzar sueños y objetivos así como disfrutar y pasar tiempo de calidad con las personas que estiman. Valorar la existencia de las personas mayores, es algo que se debe realizar socialmente, pensar en su desarrollo y no en truncar o limitar sus deseos.

### Referencias

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.  
<https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Aldas Fierro, E. (2015). *Calidad de vida y satisfacción de los adultos mayores del sector norte de la ciudad de Quito* [Trabajo Fin de Máster, Universidad Internacional de la Rioja].  
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3356/ALDAS%20FIERRO%2C%20ELI%20ANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alpízar Jiménez, I. (2011). Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. *Abra. Revista de la Facultad de ciencias sociales Universidad Nacional*. 31(42), 15-26.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4792283.pdf>
- Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Georokomos*. 25(2), 57-62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez Enríquez, L. (2011). Cuauhtépec, Gustavo A. Madero en L. Álvarez Enríquez (Ed.), *Pueblos urbanos, identidad, ciudadanía y territorio en la Ciudad de México* (pp. 151-217). UNAM/Miguel Ángel Porrúa.  
[https://www.researchgate.net/publication/328319319\\_Cuauht%C3%A9pec\\_Gustavo\\_A\\_Madero\\_y\\_San\\_Pedro\\_Tlahuac](https://www.researchgate.net/publication/328319319_Cuauht%C3%A9pec_Gustavo_A_Madero_y_San_Pedro_Tlahuac)
- Álvarez Hernández, H. (2018). *Propuesta de intervención de intervención para reducir estereotipos y fomentar actitudes positivas hacia la vejez, en estudiantes de enfermería de la UAEM. Ciclo*

*escolar 2017b*. [Tesis de Maestría, Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México]. <https://catalogoinsp.mx/files/tes/55575.pdf>

Aponte Daza, V. C., (2015). Calidad de Vida en la Tercera Edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana San Pablo*, 13(2), 152-182. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), (pp. 161-164).

Arechabala M., C. (2007). Promoción en salud y envejecimiento activo. *MEDWAVE. Revista Médica Revisada por Pares*. 2023, en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2738.html#:~:text=Los%20programas%20de%20promoci%C3%B3n%20de,los%20s%C3%ADndromes%20geri%C3%A1tricos%20m%C3%A1s%20frecuentes%2C>

Arias, C. J. y Polizzi L. (2011). *La amistad en la vejez. Funciones de apoyo y atributos del vínculo*. [Archivo PDF] <https://www.aacademica.org/000-052/350.pdf>

Arroyo Rueda, M. C. y Soto Alanís, L. E. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de trabajo Social*. 26(2), 337-347. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/41333/41370>

Aulinas, A., Santos, A., Valassi, E., Mato, E., Crespo, Iris., Resmini, E., Roig, O., Bell, O. y Webb, S. (2013). Telómeros, envejecimiento y síndrome de Cushing: ¿están relacionados? *ELSIVIER. Revista de endocrinología y nutrición*. 60(6), 329-335. [https://doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n2.41333](https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41333)

Beltrán Dones, M. T. (2015). Constructos sociales que marcan la diferencia. *Rumbos TS, Universidad Central de Chile*. (11), 42-50. <https://biblat.unam.mx/hevila/RumbosTS/2015/no11/3.pdf>

- Beltrán, A. J. y Rivas Gómez, A. (2013). Intergeneracionalidad y multigeneridad en el envejecimiento y la vejez. *Tabula Rasa*, (18), 303-320. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n18/n18a14.pdf>
- Bermejo García, L. (2010). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida*. Editorial Médica Panamericana. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2-Cu\\_FYUQvwC&oi=fnd&pg=PA3&dq=envejecimiento+activo+&ots=MDfGMkGHcm&sig=\\_fsiRqD8rJibQtD37mzSFSVbjLIQ#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2-Cu_FYUQvwC&oi=fnd&pg=PA3&dq=envejecimiento+activo+&ots=MDfGMkGHcm&sig=_fsiRqD8rJibQtD37mzSFSVbjLIQ#v=onepage&q&f=false)
- Botero de Mejía, B. y Pico Merchán, M. (2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) EN Adultos Mayores de 60 años: una Aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*. 12, 11-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Bruno, F y Acevedo Alemán, J. (2016). Vejez y Sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Fórum Sociología. Forum Sociológico*. (29), 7-20. <https://journals.openedition.org/sociologico/1453?lang=es>
- Cambiaggi, V. L. y Zuccolilli, G.O. (2011). El envejecimiento del sistema nervioso. *Cs Morfol. Instituto de Anatomía*. 13(1), 15-28. [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/37549/Documento\\_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/37549/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Campos, R. y Barzuna, L. (2004). Estudio del Envejecimiento. *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera*. 39(2), [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1017-85462004000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462004000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Canteras Zubieta, J. P. (2012). La evolución del concepto de gen. *Eikasía Revista de Filosofía*, (42), 83-96. <https://www.revistadefilosofia.org/index.php/ERF/article/view/478>

- Carbajo Vélez, M. C. (2009). Mitos y Estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>
- Cascales Angosto, M. y Álvarez Gómez. J. A. (2010). Telómeros y telomerasa, sus implicaciones en el envejecimiento y el cáncer. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 14. pp. 49-70. <https://www.radoctores.es/doc/1V14N1-cascales-telomerostelomerasa.pdf>
- Castañeda-Flores, T. y Guerrero-Castañeda, R. F. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*, 10 (3), e704. <https://www.redalyc.org/journal/3595/359562712010/html/>
- Castellano Fuentes, C. L. y Miguel Negro, A. (2010). “Estereotipos viejitas en ancianos: actualización de las estructuras factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095005.pdf>
- Castellano García, Y. L. (2020). *Reconfiguración del rol de los adultos mayores en la dinámica familiar y económica*. [Trabajo de grado, Universidad Externado de Colombia]. <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/97f9347f-b554-491e-a755-34dc1453b28b/content>
- Chacón Fernández, T. (2021). *Sentimientos de Soledad en Adultos Mayores: Una revisión Sistemática de la Literatura de los últimos diez años (2010-2020)*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58561/Chacon\\_FT-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58561/Chacon_FT-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Chemor P. y Noriega, C. (2015). *Vejez y Pensión en México*. Consejo Nacional de Población. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Vejez-pensiones-en-Mexico.pdf>
- Cisternas Reyes, M. S. (12 de diciembre de 2018). *Inclusión social, económica y política de las personas mayores*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/enfoques/inclusion-social-economica-politica-personas-mayores#:~:text=%E2%80%9C%20Los%20Estados%20se%20obligan%20a,derechos%20humanos%20y%20libertades%20fundamentales%E2%80%9D>.
- Collantes Vázquez, V. M. (2021). Movilidad, discapacidad y vejez, aproximación empática. *De los Métodos y las Maneras No. 6*, (13), 139-146. <http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/7983>
- Colom Bauzá, J. (1999). Vejez, representación social y roles de género. *Educació i Cultura*, 12, 47-56. <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/educacio/index/assoc/Educacio/ i Cultu/ra 1999v/12p047.dir/Educacio i Cultura 1999v12p047.pdf>
- Conedo Ibarra, S. P. (2009). *Contribución al estudio del aprendizaje de las ciencias experimentales en la educación Infantil: Cambio conceptual y construcción de modelos científicos precursores*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona]. [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1321/03.SPCI\\_CAPITULO\\_III.pdf;jsessionid=06FC33691D5F41D717A55E612318865E?sequence=4](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1321/03.SPCI_CAPITULO_III.pdf;jsessionid=06FC33691D5F41D717A55E612318865E?sequence=4)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *Mapas interactivos de AGEB en localidades de 100 mil o más habitantes por entidad federativa*. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Mapas\\_interactivos\\_loc\\_100milmas.asp](https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Mapas_interactivos_loc_100milmas.asp)
- [x](#)

- Consejo Nacional de Población. (2016). *La situación demográfica de México 2015: Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*. Karla Denisse. <https://www.gob.mx/conapo/es/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2015>
- Duran, T., Maldonado, M., Martínez, M., Gutiérrez, G., Ávila, H. y López S. (2020). “Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores”. *Revista electrónica trimestral de enfermería Global*. 58. pp.287-295. Recuperado el 14 de septiembre de 2002 en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-287.pdf>
- El economista (22 de diciembre de 2021). Avances en materia de carencias sociales en México Coneval 2020. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Avances-en-materia-de-carencias-sociales-en-Mexico-Coneval-2020-20211222-0045.html>
- Ercoli Palavecino, K. y Sandoval-Obando, E. (2021). Implicaciones del envejecimiento Potencialmente Generativo en Personas Mayores Chilenas: Una Exploración Inicial. *Brazilian Journal of Development*, 7 (11), 105006-105029. <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/39556/pdf>
- Flores Villavicencio, M. E., Vega López, M. G. y González Pérez, G. J. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. Universidad de Guadalajara. [https://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES SOCIALES Y CALIDAD DE VIDA ADULTO MAYOR.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf)
- Flores-Herrera, B. I., Castillo-Muraira, Y., Ponce-Martínez, D., Miranda-Posadas, C., Peralta-Cerda, E. G. y Durán-Badillo, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 83-88. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2018/eim182d.pdf>

- Gil-Verona, J. A., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J. A., Maniega, M. A., Álvarez, I. y Rami-González, L. (2002). Neuropsicología de la involución y el envejecimiento cerebral. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(4), 262-282.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1006796>
- Gobierno de México, (2022). *Gustavo A. Madero. Municipio de Ciudad de México*. Data México.  
<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/gustavo-a-madero#:~:text=Acerca%20de%20Gustavo%20A.,Madero&text=En%202020%2C%201a%20poblaci%C3%B3n%20en,hombres%20y%2051.9%25%20mujeres>
- Goicochea, D. (2019). *Significado de ser jubilado en los adultos mayores* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Trujillo].<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11633/1860.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González- Celis, A. (2004). *Calidad de vida en el adulto mayor*  
<http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/4339/Asignaturas/1012/Archivo4.1513.pdf>
- González-Celis, A. y Lima. L. (2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, vol. 5, (15),  
<https://www.redalyc.org/journal/4576/457653227004/html/#:~:text=Para%20los%20adultos%20mayores%20la,Celis%20y%20Padilla%2C%202006>
- González-Larrea, B. (30 de noviembre de 2020). *Percepción social intentando comprender a los demás*. NeuroClass. <https://neuro-class.com/percepcion-social-intentando-comprender-a-los-demas/>

- Guardia, M. y Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Revista Scielo*, 5 (1), 81-90.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
- Gutiérrez, L; Agudelo, M; Giraldo, L y Medina, R. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Instituto nacional de geriatría. <https://almageriatria.org/wp-content/uploads/2018/07/Hechos-y-desaf%C3%ADos-para-un-envejecimiento-saludable-en-M%C3%A9xico.pdf>
- Guzmán, C; Baeza, G; Guzmán, R; Torres, J; Ordaz, K. y Muñoz, J. (2020). Calidad de vida en los pacientes con DM-2: Un estudio transversal en el sureste mexicano. *Revista de ciencias médicas*, 45 (1), 67-73. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1608/1456>
- Guzmán, L; Angulo, A; García, D. y Gómez, N. (2016). *Introducción de la Promoción de la Salud*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Hernández, (2020). "¿Quieres vivir más y mejor? cuida tus telómeros". Editorial Eureka. <https://newfieldeureka.com/quieres-vivir-mas-y-mejor-cuida-tus-telomeros/>
- Hernández, R; Fernández, C. y Baptista M. (2010). "Metodología de la investigación". Quinta Edición. Mc Graw Hi Educación. Recuperado el 16 de octubre de 2023, en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>
- Hernando, M. (s.f). El fenómeno del envejecimiento. *Revista Dialnet Biología*, 65, 37-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756876>
- Huenchuan, S. y Guzmán, J. M (14 y 15 de noviembre de 2006). *Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas* [Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe]. Comisión económica para América Latina y el Caribe, Santiago, Chile.

- Iacob, R. y Sabatini, B. (2015). *Psicología de la Mediana Edad y vejez*. Universidad Nacional de Mar de Plata. <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontologia-Comunitaria-Modulo-31.pdf>
- Ines, M. (2019). *La movilidad del transporte público entre la inseguridad y poca accesibilidad: Los cambios de conducta de los habitantes de Cuauhtepac en la alcaldía Gustavo A. Madero* [Tesis de estudios superiores, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco]. <https://sociologiaurbana.azc.uam.mx/wp-content/uploads/2021/04/MARCOS-ALEXIS-INES-BAUTISTA.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2023). *Esperanza de vida. ¿Te has preguntado cuántos años podrías llegar a vivir?* <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Compendio de información geográfica municipal Gustavo A. Madero Distrito Federal*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos\\_geograficos/09/09005.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/09/09005.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Principales resultados por AGEB y manzana urbana 2020*. <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=10>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Ciudad de México*. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/default.aspx?tema=me&e=09>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Panorama sociodemográfico de Ciudad de México, Censo de población y vivienda 2020*. Editorial INEGI, [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825197827.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197827.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (30 de septiembre de 2022). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de Prensa INEGI.

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_ADULMAY2022.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf)

Instituto Nacional de Geriátría, (s.f). *Capítulo 2: Construcción de la vejez.*

[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Promocion/Unidad\\_1/Sesion\\_1/Construcci%C3%B3n%20de%20la%20vejez.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Sesion_1/Construcci%C3%B3n%20de%20la%20vejez.pdf)

Instituto Nacional de Geriátría. (2017). Envejecimiento. Gobierno de México.

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html#:~:text=La%20vejez%20es%20la%20etapa,es%20a%20los%2065%20a%C3%B1os>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2012). *Políticas públicas para los Adultos Mayores, situación actual y desafíos.* Gobierno de México,

<https://www.gob.mx/inapam/prensa/politicas-publicas-para-los-adultos-mayores-situacion-actual-y-desafios>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). Envejecimiento y vejez. Gobierno de México, <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2021). *Empleo ante el envejecimiento demográfico: ¿Cómo garantizar el derecho al trabajo para las personas adultas mayores?*

Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/empleo-ante-el-envejecimiento-demografico-recomendaciones-para-garantizar-el-derecho-al-trabajo-para-las-personas-adultas-mayores-y-su-proteccion-social?idiom=es#:~:text=Es%20frecuente%20que%20las%20personas,que%20aportan%20a%20la%20sociedad>

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2021). *La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención*. Gobierno de México, <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>
- Juárez., L. y Rodríguez Y. (2021). El efecto de las Pensiones no contributivas sobre el bienestar subjetivo de los adultos mayores en México. *Revista SCieLo*, 36 (2), 279-330. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-72022021000200279](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72022021000200279)
- Kaplan, d. y Berkman, B. (2021). *Religión y espiritualidad en los ancianos*. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>
- Kundera, M. (2010). *La memoria humana*. Caracas: Banco Central de Venezuela. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448180607.pdf>
- Lemus, N; Parrado, R. y Quintana, G. (2014). Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista colombiana de Reumatología*, 21(1), 1-3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-pdf-S0121812314701409>
- López, C; Díaz, P; Alemán, C; Trinidad, A. y Catón P. (2001). *La soledad en las personas mayores. Influencias Personales, Familiares y Sociales. Análisis Cualitativos*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Lorente, Y. (2014). Los procesos biológico y social en la tercera edad. Influencias del ejercicio físico. *Revista Digital. Buenos Aires* (189), <https://www.efdeportes.com/efd189/los-procesos-biologico-y-social-en-la-tercera-edad.htm>
- Lowolace, R. (s.f). *Lenguaje verbal Características principales del lenguaje*. <https://tiposdelenguajes.com/lenguaje-verbal/>

- Maass, M. y Reyes, V. (2018). *Calidad de vida en la vejez*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Madrigal-Martínez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Revista Scielo*, 16 (63), 1-37. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000100005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005)
- Marcial, N., Peña, B., Escobedo, J. y Macías, A. (2016). *Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla*. Colegio de Postgraduados, campus Puebla. <https://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v26n48/0188-4557-estsoc-26-48-00277.pdf>
- Martínez, M. y Mendoza, V. (2015). *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor*. Instituto Nacional de Geriatria. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814351/Promocion-salud-mujer-adulta-mayor.pdf>
- Martínez, M; Vivaldo, M, y Mendoza, V. (s.f). *¿Qué es el viejismo?* [Archivo PDF]. [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod\\_resource/content/10/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad\\_I/PSM\\_Lectura\\_Que\\_es\\_el\\_viejismo\\_060118.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/10/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad_I/PSM_Lectura_Que_es_el_viejismo_060118.pdf)
- Martínez, T; González, C; Castellón, G. y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultades? *Revista Scielo*, 8(1), 59-65. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf>
- Mendizábal, N., González, E., Jimeno, N. y Sánchez, C. (2022). *Envejecimiento y lenguaje. Corpus de muestra de habla de personas con deterioro cognitivo leve en entrevista estructurada*. España. [https://naullibres.com/wp-content/uploads/2022/01/9788418047718\\_L33\\_23.pdf](https://naullibres.com/wp-content/uploads/2022/01/9788418047718_L33_23.pdf)
- Mendoza, V. (s.f). *Envejecimiento y vejez* [Archivo PDF]. [Envejecimiento y vejez.pdf](#)

- Mendoza, V. y Martínez, M. (2015). *Como cambia nuestro cuerpo cuando envejecemos* [Archivo PDF].  
[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod\\_resource/content/19/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad\\_I/PSM\\_Lectura\\_Como\\_cambia\\_el\\_cuerpo.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Promocion/Unidad_I/PSM_Lectura_Como_cambia_el_cuerpo.pdf)
- Merchán, E. y Cifuentes, R. (2014). *Tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento* [Archivo PDF].  
<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Millán, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses. *Revista Scielo*, 16 (64), 93-121.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252010000200005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200005)
- Mollenkopf, H. y Walker A. (2007). *Calidad de Vida en la Vejez, perspectivas internacionales y multidisciplinarias*. Universidad Británica del Norte de Columbia.
- Monterrey Hernández, M., Linares Cánovas, L. B., Toledo del Llano, R; Vázquez Ramos, A; Rivera Maestre, D. y Morales Monterrey, C. (2021). Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio*, 25 (2), 1-11. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n2/1561-3194-rpr-25-02-e4989.pdf>
- Montoya-Arce, B. J. y Montes-de-Oca-Vargas, H. (2009). Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México. *Papeles de población*, 15 (59), 193-238.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252009000500006](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252009000500006)
- Moreno, B. y Ximénes, C. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. [Archivo PDF].  
[https://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos\\_uam/calidaddevida.pdf](https://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/calidaddevida.pdf)
- Moyano Díaz, E. y Ramos Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en la población chilena de la región del Maule. *Universum. Revista de*

*Humanidades y Ciencias Sociales*, 2(22), 184-200.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65027764012>

Nava Gálan, M. G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermería Neurológica*. 11(3), 129-137. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>

Navarro-Peternella, F. M., y Marcon, S. S. (2012). Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20 (2), 1-8.  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/G7XtWrnhBdm33mFmJNFbSXj/?format=pdf&lang=es>

Organización de las Naciones Unidas (12 de diciembre de 2018). Inclusión social, económica y política de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CONEBEL]. <https://www.cepal.org/es/enfoques/inclusion-social-economica-politica-personas-mayores>

Organización de las Naciones Unidas (agosto de 2020). *Marco de cooperación de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible de México 2020-2025*.  
<https://mexico.un.org/sites/default/files/2021-11/ONU-Mexico-Marco-de-Cooperacion-2020-2025.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (2002). Una sociedad inclusiva para una población que envejece: el desafío del empleo y la protección social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 37(S2), 106-122. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-una-sociedad-inclusiva-una-poblacion-13035695#:~:text=Para%20las%20personas%20de%20edad,seg%C3%BAAn%20sus%20capacidades%20y%20preferencias>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1 de marzo de 2023). *Carta de Ottawa para la Promoción de la*

*Salud*. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

Organización Mundial de la salud (2003). *Determinantes Sociales de la Salud: los hechos irrefutables*.

[https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes\\_sociales\\_de\\_la\\_salud.\\_los\\_hechos\\_irrefutables.pdf](https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes_sociales_de_la_salud._los_hechos_irrefutables.pdf)

Organización Mundial de la Salud (octubre de 2002). *Envejecimiento Saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*.

<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/oms-envejecimiento-02.pdf>

Organización Mundial de la Salud, (2023). *¿Cómo define la OMS la salud?*

<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>

Organización Mundial de salud (mayo de 2006). *WHOQOL-OLD manual*.

[https://www.academia.edu/28226812/WHOQOL\\_OLD\\_MANUAL](https://www.academia.edu/28226812/WHOQOL_OLD_MANUAL)

Órgano del Gobierno del Distrito Federal. (2010). Gaceta oficial del Distrito Federal.

[http://www.data.seduvi.cdmx.gob.mx/portal/docs/programas/PDDU\\_Gacetas/2015/PDDU\\_GUSTAVO-A-MADERO.pdf](http://www.data.seduvi.cdmx.gob.mx/portal/docs/programas/PDDU_Gacetas/2015/PDDU_GUSTAVO-A-MADERO.pdf)

Orozco-Campos, N. y López-Hernández, D. (2016). Viejísimo y Empoderamiento. Los prejuicios de la vejez y la visión del propio envejecimiento. *Revista Rednuetración*, 7(19), 245-250.

[https://www.researchgate.net/publication/301963351\\_Viejismo\\_y\\_empoderamiento\\_Los\\_pr](https://www.researchgate.net/publication/301963351_Viejismo_y_empoderamiento_Los_pr)

[juicios de la vejez y la vision del propio envejecimiento Ageism and empowerment  
Prejudices of old age and vision of aging itself](#)

- Pacheco Gallardo, V. H. (1 de febrero de 2022). *La Promoción de la Salud y Calidad de Vida*. Latino Americanos. <https://latinoam.com/2022/02/01/la-promocion-de-la-salud-y-calidad-de-vida/#.ZAEGYXbMLIU>
- Páez, D. y Zubieta, E. (2004). *Capitulo III, dimensiones culturales individualismo-colectivismo como síndrome cultura*. [Archivo PDF]. [https://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+III\\_Manual+Psic+Soc\\_2004.pdf](https://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+III_Manual+Psic+Soc_2004.pdf)
- Parales, J. C. y Dulcey-Ruiz, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 34(1-2), 107-121. [https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Parales\\_%20y\\_Dulcey-Ruiz.pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Parales_%20y_Dulcey-Ruiz.pdf)
- Pardo Andreu, G. (2003). Consideraciones Generales sobre algunas teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 58-67. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002003000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008)
- Peña Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F. y Bazán Castro, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(2), 53-61. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>
- Pérez de Guzmán Puya, M. V. y Rodríguez Díez, J. L. (2020). Roles de Género en Personas Mayores en el Ámbito Familiar. Un Estudio Longitudinal 2013-2018. *Revista de Género e Igualdad*, (3), 62-79. <http://dx.doi.org/10.6018/igual.372841>

- Pulido Álvarez, M. E. (2011). *Envejecimiento y Longevidad*. Universidad Veracruzana. <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2011/06/ENVEJECIMIENTO-Y-LONGEVIDAD.pdf>
- Quintanar Guzmán, A. (2010). *Análisis de la Calidad de Vida en Adultos Mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF*. [Tesina de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/249/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramos Monteagudo, A. M., Yordi García, M. y Miranda Ramos, M. A. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014)
- Reyes, C. A. (1993). Envejecimiento Normal. *Revista Etimología Colombia*, 3(1), pp. 12-15. Recuperado el 12 de enero de 2022, en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/2467/Envejecimiento%20normal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rico-Rosillo, M. G., Oliva-Rico, D. y Vega-Robledo, G. B. (2018), Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenética y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(3), 287-94. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183l.pdf>
- Rojas M., y Martínez I. (2012). Medición, Investigación e Incorporación a la Política Pública del Bienestar Subjetivo: América Latina. Reporte de la comisión para el Estudio y la promoción del Bienestar en América Latina. *Foro Consultivo Científico y Tecnológico*. 27-42.

[http://www.foroconsultivo.org.mx/libros\\_editados/midiendo\\_el\\_progreso\\_reporte\\_comision\\_esp.pdf](http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/midiendo_el_progreso_reporte_comision_esp.pdf)

Román Lapuente, F. y Sánchez Navarro, J. P. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 14(1), 27-43.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/31111/30251>

Romero, L. (14 de junio de 2021). *Adultos mayores ¿en el olvido?* Gaceta UNAM.

<https://www.gaceta.unam.mx/adultos-mayores-en-el-olvido/>

Rubio Olivares, D. Y., Rivera Martínez, L., Borges Oquendo, L. C. y Gonzáles Crespo, F. V. (2015). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *VERONA, Revista Científico-Metodológica*. (61), 1-7.

<https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

Salazar Villanea, M. y Castro Gómez, M. J. (2019). Soledad y Convivencia Intergeneracional: resignificar el cuidado en el ciclo de vida. *Revista Reflexión*, 98(2), 79-93.

<https://www.redalyc.org/journal/729/72961558008/html/>

Sanabria Hernández, M. S. (2016). *Calidad de vida e instrumentos de medición*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de La Laguna].

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>

Sánchez A., y Morales M. (2018). I. ¿Pensión o jubilación? En: A. Sánchez, y M. Morales (Ed.), *Derechos de las personas pensionadas y jubiladas* (1-3). Biblioteca Constitucional

INEHRM-III. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/11/5486/13.pdf>

Sánchez Gil, I. Y. y Pérez Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (2), 1-7.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252008000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252008000200011)

- Schnettler, B., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Denegri, M., Mora, M. y Lobos, G. (2014). Variables que influyen en la satisfacción con la vida de personas de distinto nivel socioeconómico en el sur de Chile. *Suma Psicológica*, 21(1), 54-62. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121438114700074>
- Sistema de Consulta de Información Censal [SCINCE] (2020). *Selección Geográfica, Ciudad de México, Gustavo A. Madero-09005*. INEGI. <https://gaia.inegi.org.mx/scince2020/>
- Soria Romero, Z. y Montoya Arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, 23(3), 59-93. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252017000300059](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059)
- Soto, M y Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultado en pacientes con cardiopatías isquémicas. *Revista de la sociedad Española del Dolor*, 11(8), 505-514. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/revision2.pdf>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ediciones PAIDOS. <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138 (3), 358-365. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Zavala, M; Vidal, D; Castro, M; Quiroga, P y Klassen G. (2006). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Ciencias y Enfermería*, 12 (2), 53-62.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

**Anexos**

**Anexo 1.**

***Guía de Entrevista***

Datos personales:

Nombre:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Ocupación:	

FOLIO:
FECHA:

Datos Generales

Enfermedades				Sentidos			
¿En la actualidad padece?				En la actualidad ha presentado cambios en:			
Hipertensión	( )	Artritis	( )	Vista	( )	Tacto	( )
Diabetes	( )	Parkinson	( )	Oído	( )	Gusto	( )
Osteoporosis	( )	Ninguna	( )	Olfato	( )	Ninguna	( )
Otra:							

Religión

¿Qué religión practica?

Católica	( )	Cristiana	( )	Testigo de Jehová	( )	Ninguna	( )	Otra	
----------	-----	-----------	-----	-------------------	-----	---------	-----	------	--

<b>Dimensiones</b>	<b>Temas (variables)</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Calidad de vida</b>	Exploratoria	¿Para usted qué es la calidad de vida?
<b>Biológica (física)</b>	Disminución de las funciones motoras Enfermedades Cambios en los sentidos	<p><b>Individual</b></p> <p><b>Cambios corporales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente que su cuerpo ha cambiado en los últimos años?</li> <li>• ¿Usted me mencionó que su (sentido) _____ cambió, me puede platicar de qué forma y cómo influye en su calidad de vida?</li> </ul> <p><b>Proceso salud-enfermedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podría contarme, cómo es su salud actual?</li> <li>• ¿Siente que [alguna de las enfermedades antes mencionadas] le impiden realizar sus actividades diarias y cómo influye en su calidad de vida?</li> </ul> <p><b>Uso de medicamentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Platíqueme ¿si su calidad de vida depende del uso de medicamentos o ayuda médica?</li> </ul> <p><b>Servicio de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actualmente, a dónde acude cuando requiere de atención médica o de medicamentos? ¿Cómo es la atención? ¿Influye en su calidad de vida?</li> </ul>
<b>Psicológica</b>	Emociones (tristeza, alegría, furia, desagrado y miedo) Muerte y espiritualidad	<p><b>Emociones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actualmente cómo se siente emocionalmente (feliz, triste, enojado, con miedo)? ¿Por qué?, ¿Siente esas emociones han influido en su calidad de vida?</li> </ul> <p><b>Percepción sobre la muerte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué piensa y siente cuando se habla de la muerte?</li> </ul> <p><b>Creencias religiosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted me mencionó que su religión es _____ ¿cuándo se encuentra en una situación difícil se acerca a su región y esto como influye en su calidad de vida?</li> </ul> <p><b>Instituciones de apoyo psicológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Sabe si existen instituciones que le brinden apoyo psicológico, de qué manera cree que estas instituciones contribuyen a su calidad de vida?</li> </ul>
<b>Social</b>	Vínculos sociales (amigos, familia y vecinos), reconocimiento	<p><b>Vínculos sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría decirme ¿Cómo es su relación con las personas que convive (familiares, amigos y</li> </ul>

	<p>social (inclusión social, nuevos roles que la sociedad va asignado, estereotipos sociales)</p>	<p>vecinos)?, ¿Por qué?, y ¿Cómo influye en su calidad de vida?</p> <p><i>Reconocimiento social</i></p> <p><b>Inclusión social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actualmente ha sentido que las instituciones no lo incluyen?, ¿Por qué? ¿Cree que esto influya en su calidad de vida?</li> <li>• ¿En la actualidad participa o está integrado en una actividad recreativa?, ¿Por qué?</li> </ul> <p><b>Roles sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hoy en día que actividades desempeña dentro de su familia?, ¿Cómo influye esto en su calidad de vida?</li> </ul> <p><b>Estereotipos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguna vez le han dicho que como adulto mayor debe de dejar de hacer alguna actividad (salir, descansar, divertirse, etc.)?, ¿Cómo esto ha influido en su calidad de vida?</li> </ul>
<p><b>Material (económico)</b></p>	<p>Ingreso económico (participación en actividades remuneradas, Jubilación y Pensión)</p>	<p><b>Participación en actividad remuneradas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podría platicarme si en la actualidad trabaja y como se siente con respecto a ello? ¿Por qué trabaja?</li> </ul> <p><b>Ingresos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo obtiene sus ingresos económicos?</li> <li>• Podría platicarme ¿si sus ingresos económicos le ayudan a cubrir sus necesidades básicas?, ¿Considera que sus ingresos económicos personales contribuyen a su calidad de vida?</li> <li>• ¿Recibe ayuda económica de algún programa de gobierno y cómo influye en su calidad de vida?</li> </ul> <p><b>Jubilación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actualmente se encuentra jubilado?, ¿Por qué?, ¿Considera que esto influye en su calidad de vida?</li> </ul> <p><b>Pensión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Actualmente con que pensión cuenta? ¿Cómo la adquirió? ¿Considera que tener pensión interviene en su calidad de vida?</li> </ul>

**Si tuviera que ordenar los aspectos de los que platicamos salud física, mental, social, material ¿Cuál considera que es la más importante en su calidad de vida?**

**Anexo 2.**

**Guía de Entrevista para la tesis “Dimensiones biopsicosociales que influyen en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepec desde la perspectiva de Promoción de la Salud”**

**Datos personales:**

Nombre:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Años de escolaridad:	Ocupación:

**Datos Generales**

Enfermedades				Sentidos			
¿En la actualidad padece?				En la actualidad ha presentado cambios en:			
Hipertensión	( )	Artritis	( )	Vista	( )	Tacto	( )
Diabetes	( )	Parkinson	( )	Oído	( )	Gusto	( )
Osteoporosis	( )	Ninguna	( )	Olfato	( )	Ninguna	( )
Otra:							

**Religión**

**¿Qué religión practica?**

Católica	( )	Cristiana	( )	Testigo de Jehová	( )	Ninguna	( )	Otra	
----------	-----	-----------	-----	-------------------	-----	---------	-----	------	--

**Apartado 2 Calidad de vida**

1. ¿Para usted qué es la calidad de vida?

**Apartado 3 Dimensión biológica (física)**

2. ¿Siente que su cuerpo ha cambiado en los últimos años?
3. ¿Usted me mencionó que su (sentido) \_\_\_\_\_ cambió, me puede platicar de qué forma y cómo influye en su calidad de vida?
4. Podría contarme, ¿cómo es su salud actual?
5. ¿Siente que (alguna de las enfermedades antes mencionadas) le impiden realizar sus actividades diarias y cómo influye en su calidad de vida?
6. Platíqueme, si su calidad de vida depende del uso de medicamentos o ayuda médica
7. Actualmente, ¿a dónde acude cuando requiere de atención médica o de medicamentos? ¿Cómo es la atención? ¿Influye en su calidad de vida?

**Apartado 4. Dimensión psicológica**

8. Actualmente ¿cómo se siente emocionalmente (feliz, triste, enojado, con miedo)? ¿Por qué?, ¿Siente que esas emociones han influido en su calidad de vida?

9. Usted me mencionó que su religión es \_\_\_\_\_ ¿cuándo se encuentra en una situación difícil se acerca a su religión y esto cómo influye en su calidad de vida?
10. ¿Qué piensa y siente cuando se habla de la muerte?
11. ¿Sabe si existen instituciones que le brinden apoyo psicológico? ¿De qué manera cree que estas instituciones contribuyen a su calidad de vida?

#### **Apartado 5. Dimensión social**

12. Podría decirme ¿Cómo es su relación con las personas que convive (familiares, amigos y vecinos)?, ¿Por qué?, y ¿Cómo influye en su calidad de vida?
13. Actualmente ¿ha sentido que las instituciones no lo incluyen?, ¿Por qué? ¿Cree que esto influya en su calidad de vida?
14. En la actualidad, ¿participa o está integrado en una actividad recreativa?, ¿Por qué?
15. Hoy en día. ¿Qué actividades desempeña dentro de su familia?, ¿Cómo influye esto en su calidad de vida?
16. ¿Alguna vez le han dicho que como persona mayor debe de dejar de hacer alguna actividad (salir, descansar, divertirse, etc.)?, ¿Cómo esto ha influido en su calidad de vida?

#### **Apartado 6. Dimensión material (económico)**

17. ¿Podría platicarme si en la actualidad trabaja y cómo se siente con respecto a ello? ¿Por qué trabaja?
18. ¿Cómo obtiene sus ingresos económicos?
19. ¿Podría platicarme, si sus ingresos económicos le ayudan a cubrir sus necesidades básicas?, ¿Considera que sus ingresos económicos personales contribuyen a su calidad de vida?
20. ¿Recibe ayuda económica de algún programa de gobierno y cómo influye en su calidad de vida?
21. Actualmente, ¿se encuentra jubilado?, ¿Por qué? O ¿Cómo la obtuvo?, ¿Considera que esto influye en su calidad de vida?
22. Actualmente, ¿con que pensión cuenta? ¿Cómo la adquirió? ¿Considera que tener pensión interviene en su calidad de vida?

#### **Apartado 7. Cierre**

23. Si pudiera elegir uno de los aspectos de los que platicamos salud física, mental, social, material ¿Cuál considera que es la más importante en su calidad de vida?

**Anexo 3.****Consentimiento informado para participar en la investigación**

**Nombre de la investigación:** Dimensiones biopsicosociales que influyen en la calidad de vida de las personas mayores que radican en Cuauhtepc desde la perspectiva de Promoción de la Salud.

**Investigadoras a cargo:**

- Alejandra Iveth Gerardo Cruz
- Andrea Guerrero Vázquez
- Miriam Quiroz Ramírez

**Supervisora de la investigación:** Lic. Joyce Britt Rivera Granados

**Universidad de adscripción:** Universidad Autónoma de la Ciudad de México

**Objetivo del estudio:** Conocer si las personas mayores que radican en Cuauhtepc han tenido cambios físicos, psicológicos, sociales y/o económicos y si estos influyen en su vida diaria.

**Personas que pueden participar:** Pueden participar hombres y mujeres adultos mayores que tengan entre 60 a 95 años, que vivan en la zona de Cuauhtepc, que no tengan algún tipo de deterioro cognitivo.

**Importancia de su participación:** Gracias a su participación podremos identificar cómo es su salud, sus emociones, sus relaciones sociales y su ingreso económico, y si esto modifica su vida diaria.

**Lugar de la entrevista:** Su participación se llevará a cabo en su domicilio, no será necesario que acuda a otro lugar.

**Actividades en las que participaría:** Responderá una serie de preguntas para conocer sus datos generales y preguntas sobre su salud física, emociones, relaciones sociales e ingresos económicos, y si éstos influyen en su calidad de vida.

**Dudas y comentarios:** Si al momento de realizar la entrevista le surge alguna duda o comentario usted puede expresarla en cualquier momento y las investigadoras resolverán sus dudas.

**Tiempo aproximado para su participación:** La implementación de esta entrevista se realizará en un tiempo promedio de 2 horas.

**Riesgos:** Su participación en dicho estudio no implica ningún riesgo para su salud.

**Incentivos:** Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar.

**Confidencialidad:** Toda la información recabada en la entrevista será utilizada únicamente para los fines de esta investigación. No se divulgará información personal.

**Participación voluntaria:** Su participación es totalmente voluntaria. Si en algún momento usted quiere retirarse de la entrevista, lo puede hacer sin ningún problema.

**Información, quejas o dudas:** Si tiene algún comentario, duda o pregunta sobre la investigación, puede comunicarse con las investigadoras a cargo: Alejandra Iveth Gerardo Cruz al teléfono 55-14-20-85-98 o al correo [alejandra.gerardo@estudiante.uacm.edu.mx](mailto:alejandra.gerardo@estudiante.uacm.edu.mx), Andrea Guerrero Vázquez al teléfono 56-13-26-36-91 o al correo: [andrea.guerrero.vazquez@estudiante.uacm.edu.mx](mailto:andrea.guerrero.vazquez@estudiante.uacm.edu.mx), Miriam Quiroz Ramírez al teléfono 55-81-78-19-44 o al correo: [miriam.quiroz@estudiante.uacm.edu.mx](mailto:miriam.quiroz@estudiante.uacm.edu.mx), o bien con la Lic. Joyce Rivera Granados, directora de tesis, al teléfono: 55-30-71-30-93 o al correo [joyce.rivera@uacm.edu.mx](mailto:joyce.rivera@uacm.edu.mx).

Ciudad de México, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Al firmar, usted señala que desea participar voluntariamente en la investigación. Se le entregará una copia de este documento y otra copia será guardada por las investigadoras responsables.

Yo \_\_\_\_\_, autorizo que se grabe mi voz, manifiesto que fui informado/a sobre el propósito que tiene este estudio y lo que implica mi participación. Me permito mencionar que todas mis dudas fueron resueltas de manera clara y concisa por parte de las investigadoras.

---

Nombre y firma del participante

Declaración de las investigadoras: Hemos brindado toda la información necesaria a cada uno de los participantes. La información fue clara y concisa para que se entendiera cada una de las preguntas. No se forzó a nadie a participar. Fuimos testigos de que la persona firmó este consentimiento.

---

Nombre y firma de la investigadora

---

Nombre y firma de la investigadora

---

Nombre y firma de la investigadora