

LA AUTODETERMINACIÓN DEL ADULTO MAYOR: UNA COMPARACIÓN ENTRE MEXICO Y CHILE

Rosa Isabel Garza Sánchez, Laura Fabiola Núñez Udave, Fernando Bruno,
Laura Karina Castro Saucedo y Mariela Fernanda Acosta Ramirez¹
Universidad Autónoma de Coahuila

DOI: <https://doi.org/10.62364/e1vrtz92>

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue comparar la percepción de los adultos mayores de dos países de habla hispana en relación con sus variables sociodemográficas y autodeterminación, esto es, la capacidad que tiene o ha tenido la persona a lo largo de su vida para tomar ciertas decisiones. Para el análisis se utilizó el apartado de Autodeterminación de la Escala de Calidad de Vida Autopercebida en adultos mayores en Comunidad. A este efecto, se entrevistó a un total de 535 adultos mayores mexicanos y a 300 chilenos. Los datos se procesaron mediante la prueba de hipótesis no paramétrica para muestras independientes, con un nivel de significancia de .050. Los resultados mostraron que hubo diferencias significativas en siete de las catorce variables del citado apartado, concluyéndose que esas diferencias responden a la cultura de cada país, siendo Chile el país que muestra mejores niveles de bienestar, lo que permite a sus AM una mayor participación y más control sobre las decisiones básicas y trascendentales de su vida.

Indicadores: *Adulto mayor, Calidad de vida, Autodeterminación, México, Chile.*

INTRODUCCIÓN

En el proceso de envejecimiento disminuye la función física y cognitiva de las personas que atraviesan esa etapa, lo que conlleva un deterioro de sus capacidades funcionales. Diversos autores señalan que gran parte de la percepción de calidad de vida que tienen los adultos mayores (AM en lo sucesivo) se ve afectado por sus problemas físicos (Andrade, Padilla y Ruiz, 2013; Castillo, Martínez y López, 2011; Castrejón, Borges e Irigoyen, 2010; Gómez, Dávalos, Celis y Orozco, 2010; Manrique, Salinas, Moreno y Téllez, 2011; Monroy et al., 2016), y que la dependencia funcional puede ser consecuencia de ciertas enfermedades o procesos degenerativos que, dependiendo de su gravedad, pueden provocar alteraciones en el funcionamiento normal de estas personas.

La evaluación geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, fun-

¹ Correo electrónico: isabelgarza@uadec.edu.mx.

cionales, psíquicos y sociales que provocan alteraciones que frecuentemente llevan al AM a la incapacidad; constituye además una forma de aproximarse al mismo desde cualquier nivel de atención porque puede perder lo que más estima de su salud, que es su autonomía personal (Cortés, Villarreal, Galicia, Martínez y Vargas, 2011).

De ahí la relevancia del estudio de los diversos factores que componen la calidad de vida en los AM, toda vez que la vejez constituye un proceso degenerativo natural en la que paulatinamente se va perdiendo autonomía y vitalidad, siendo este último un factor que puede determinar la percepción que se tenga de la propia vida.

Marco teórico

El envejecimiento y la inversión de la pirámide poblacional son características que traen consigo una considerable incertidumbre respecto a la capacidad de los sistemas públicos de previsión social, especialmente en México, donde los beneficios de la seguridad social por jubilación o pensión resultan insuficientes para cubrir las necesidades de este grupo poblacional; de hecho, solo 16% cuenta con ese servicio, lo que es particularmente grave en virtud de que los apoyos tienen un papel fundamental cuando la persona alcanza la tercera edad; en efecto, gran parte de los AM, al dejar de ser económicamente activos, reciben única y ocasionalmente el apoyo de sus familiares, por lo que se vuelve necesario generar medidas de seguridad social para brindarles una vida digna. Huerta (2015) señala que el número de AM derechohabientes de algún sistema de salud público o privado está aumentando considerablemente en la zona mexiquense, por lo que se requiere de una revisión de esos sistemas para mejorar sus alcances, ya que la cobertura

de varios servicios públicos es de primer nivel, lo que deja fuera las enfermedades crónico-degenerativas, que son las más frecuentes entre los AM.

No obstante, mediante la aplicación del instrumento WHOQOL-Bref (Organización Mundial de la Salud, 2006; Villavicencio, Sanromán, Ávila, Pérez y Torre (2013) llevaron a cabo una valoración de la calidad de vida de 333 AM que vivían en edificios multifamiliares de la ciudad de Guadalajara (México), encontrando que mostraban elevados porcentajes en las dimensiones de salud física (87.9%), ambiente (85.8%), relaciones sociales (79.2%) y salud psicológica (72.0%), lo que da como resultado que 60.1% de los mismos tenía una buena calidad de vida.

Las redes sociales de que el adulto mayor dispone en esta etapa de la vida son parte importante de los componentes de su calidad de vida percibida, especialmente cuando sufre enfermedades de consideración. Gallegos et al. (2009) hallaron que los ancianos que padecían síntomas depresivos alcanzaban un menor puntaje en cada una de las escalas del citado instrumento, y que tener una red más amplia de familiares y amigos se asociaba con una mejor calidad de vida, concluyendo que algunos componentes de esas redes tenían un efecto positivo, incluso en ancianos que manifestaban síntomas depresivos.

Un estudio llevado a cabo en la ya citada ciudad de Guadalajara por Gómez et al. (2010) midió el estado de funcionalidad de 416 AM que laboraban como empacadores en una tienda de conveniencia, encontrando que la incorporación a este tipo de actividades y el apoyo consecuente promovía un envejecimiento activo que los beneficiaba no solo en el área económica, sino también en la social, mental y física.

En Chile, se estima que para el año 2025 los AM constituirán 20% de la población, lo que generará nuevas necesidades

sociosanitarias. Se sabe que existen diversos factores que están directamente relacionados con la calidad de vida percibida de esta población, incluyendo su bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud en general y salud mental y física, por lo que Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011) realizaron un estudio no probabilístico en 406 AM. Sus resultados muestran que 76.1% de los evaluados reportaron sufrir enfermedades diagnosticadas, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (19% de prevalencia), la diabetes mellitus (9.9%) y las enfermedades músculo-esqueléticas (9.6%), resultados muy diferentes a los de México, donde son la principal causa de muerte. Los resultados arrojaron que 38.4% de los entrevistados percibían sentirse enfermos (independientemente de la presencia de una enfermedad diagnosticada), mientras que 57.4% se percibieron sanos. Se hallaron diferencias por sexo en el apartado de participación ciudadana, en el que las mujeres obtuvieron las medias más altas. Asimismo, hubo diferencias significativas en la percepción de enfermedad, dominios de autonomía, actividades del pasado, presente y futuro, participación social, intimidad y calidad de vida global. El dominio peor evaluado por los participantes fue el de la muerte y el morir; en efecto, a medida que se envejece se acrecienta el miedo a la muerte, pese a que es parte del desarrollo físico y mental natural del ser humano (Urzúa et al., 2011).

La situación económica, el apoyo social y el estado de salud se asociaron de forma independiente a la satisfacción vital en los AM de la ciudad de Santiago (Castillo, Albala, Dangour y Uauy, 2012). El que los juicios sobre lo que constituye una vida de calidad varíen dependiendo del receptor de dicha vida, o la circunstancia de estar discapacitado o de encontrarse institucionalizado, no se debe traducir en una merma de las expectativas

de lo que es una vida de calidad para el AM (Córdova, Río, Robaina, Ortiz y Artaza, 2013).

Otras investigaciones hechas en AM chilenos (Bustamante, Vidal y López, 2014; Durán, Mattar, Bravo, Moreno y Reyes, 2014; González, 2015; Jaque, Espinoza, Lavoz y Santuber, 2012; Jiménez, Fernández, Zurita, Linares y Fariás, 2014) han documentado que el fenómeno del creciente envejecimiento activo que se vive en el mundo responde a los cambios socioculturales, políticos y económicos, y que las actividades de la vida diaria pueden influir en un desarrollo óptimo y saludable, de modo que hay una probabilidad cada vez menor de padecer enfermedades o discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (cf. Milla, Johns y Agüero, 2014) propone el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades de salud, de participación y de seguridad para mejorar la calidad de vida.

Existe un creciente reconocimiento de que las experiencias espirituales o religiosas de una persona contribuyen a su bienestar y calidad de vida; sin embargo, la mayoría de las investigaciones han explorado la relación entre estos dos conceptos en contextos médicos y en los propios de las enfermedades crónicas. Chaves et al. (2014) efectuaron un estudio para medir la calidad de vida, los síntomas depresivos y la religiosidad en 287 adultos mayores, encontrando altos niveles de religiosidad asociada positivamente con la calidad de vida ($p < 0.004$), pero no con los síntomas depresivos, lo que indica un alto grado de satisfacción con la vida.

Urzúa et al. (2011) estudiaron los factores de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud en general y estado de la salud mental y física vinculados a la calidad de vida en 406 AM a través del instrumento WHOQOL-OLD, diseñado por la Organización Mundial de la Salud (2006), hallando que el dominio peor eva-

luado por los participantes fue el de la muerte y el morir, y la participación social el mejor valorado.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio transaccional –ya que la recolección de los datos se llevó a cabo en un solo momento y en un tiempo único– fue conocer las características sociodemográficas de los AM de dos países de habla hispana, así como comparar la autodeterminación de los participantes para tomar decisiones a lo largo de su vida.

MÉTODO

Participantes

Se eligieron de manera intencional 535 adultos mayores, asistentes al Centro Estatal del Adulto Mayor en la ciudad de Saltillo (México), de los cuales 262 eran hombres (49%) y 273 mujeres (51%), y 300 de la municipalidad de Providencia, en Santiago de Chile, de los cuales 33 eran hombres (11%) y 267 mujeres (89%).

Procedimiento

Se solicitó a las autoridades correspondientes en ambas localidades el apoyo para la aplicación de la subescala de Autodeterminación de la Escala de Calidad de Vida Autopercebida en Adultos Mayores en Comunidad (González y Garza, 2016), tras de lo cual los participantes firmaron el formato de consentimiento informado en el que se le informaba el objetivo de la investigación; se hizo hincapié en que los datos que proporcionarían serían estrictamente confidenciales y utilizados solamente en la investigación, en estricto apego a las consideraciones éticas en materia de investigación con seres humanos.

El método de recolección de datos fue la entrevista guiada hecha a cada participante, la que tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

Análisis de datos

Para el análisis se utilizaron frecuencias y porcentajes para comparar las variables sociodemográficas de los participantes en el apartado de autodeterminación. Los datos se procesaron con la prueba de hipótesis no paramétrica para muestras independientes mediante el paquete estadístico SPSS, v. 24, con un nivel de significancia de $p \geq 0.05$.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los grupos de edad de los AM participantes de ambos países. Como se aprecia, el grupo mayoritario fue el de 70-74 años en los participantes mexicanos, y el de 60-64 años en los chilenos.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de edad de los participantes.

GRUPOS DE EDAD	CHILE		MÉXICO	
	f	%	f	%
60 a 64 años	32	10.7	183	34.2
65 a 69 años	71	23.7	125	23.4
70 a 74 años	77	25.7	100	18.7
75 a 79 años	60	20.0	61	11.4
80 a 84 años	25	8.3	48	9.0
85 a 89 años	16	5.3	12	2.2
90 a 95 años	6	2.0	6	1.1
Total	287	95.7	—	—
Perdidos	13	4.3	—	—
Totales	300	100.0	535	100.0

En cuanto a los datos correspondientes a la escolaridad reportada, se encontró

que 31.7% de la población chilena indicó haber cursado 18 años de estudios, seguido de un 20%, con 12, mientras que en México 33.5% señaló haber cursado solo 6 años, seguido de 18% que dijo haber cursado 15.

La Tabla 2 muestra un análisis comparativo del estado civil de los participantes; en el caso de los participantes, la mayoría de los entrevistados chilenos (44.7%) estaban casados, lo que coincide con los resultados encontrados en México, donde igualmente la mayoría (60.7%) mantenía ese estado civil.

Tabla 2. Frecuencia del estado civil de los participantes.

ESTADO CIVIL	CHILE		MÉXICO	
	f	%	f	%
Casada(o)	134	44.7	325	60.7
Divorciada(o)	20	6.7	36	6.7
Viuda(o)	84	28.0	124	23.2
Separada(o)	26	8.7	24	4.5
Soltera(o)	32	10.7	24	4.5
Conviviente	4	1.3	2	.4
Total	300	100.0	535	100.0

La Tabla 3 muestra los datos respecto al número de hijos que habían tenido los participantes. En ambos casos, tres o

cuatro hijos fue el dato con el puntaje más elevado.

Tabla 3. Frecuencias de hijos durante su vida los participantes.

NÚMERO DE HIJOS	CHILE		MÉXICO	
	f	%	f	%
0	36	12.0	29	5.4
1 o 2	107	35.7	104	19.4
3 o 4	126	42.0	204	38.1
5 o 6	22	7.3	111	20.7
7 o más	4	1.3	87	16.3
Total	295	98.3	535	100.0
Perdidos	5	1.7		
Totales	300	100.0		

Ante la pregunta referente a si practicaban o realizaban alguna actividad física, se encontraron diferencias considerables: mientras que 77.3% de los AM de Chile reportaron realizar alguna actividad o ejercicio, en el caso de México esa cifra fue mucho menor (20.7%); del mismo modo, la pregunta de si padecían una enfermedad que considerasen incapacitante para realizar ciertas actividades, fue respondida afirmativamente por 15% de la muestra chilena y por 56.6% de la mexicana (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de practicar deportes y padecer enfermedades.

ACTIVIDAD	CHILE		MÉXICO		
	f	%	f	%	
Práctica de deportes o actividades físicas	Sí	232	77.3	111	20.7
	No	68	22.7	424	79.3
	Total	300	100.0	535	100.0
Padecimiento de enfermedades consideradas incapacitantes para realizar las actividades cotidianas	Sí	45	15.0	303	56.6
	No	255	85.0	232	43.4
	Total	300	100.0	535	100.0

En lo referente al trabajado realizado durante su vida, se obtuvieron porcentajes similares: 88.7% en Chile y 80.4% en Mé-

xico (Tabla 5). Es importante considerar que la mayoría de los participantes en la muestra chilena eran mujeres.

Tabla 5. Años trabajados por los participantes.

AÑOS TRABAJADOS	CHILE		MÉXICO	
	f	%	f	%
De 1 a 5	15	5.0	15	2.8
De 6 a 10	29	9.7	38	7.1
De 11 a 15	16	5.3	26	4.9
De 16 a 20	24	8.0	34	6.4
De 21 a 25	25	8.3	21	3.9
De 26 a 30	36	12.0	62	11.6
De 31 a 35	25	8.3	46	8.6
De 36 a 40	45	15.0	74	13.8
De 41 a 45	22	7.3	33	6.2
De 46 a 50	15	5.0	32	6.0
Más de 50	48	16.0	44	8.2
Total	300	100.0	535	100.0

Del análisis de frecuencias respecto a la asistencia semanal a servicios religiosos, se encontró que en México los participantes asistían con mayor frecuencia (57%), a diferencia de los chilenos, de los cuales solamente 42.3% lo hacía. Del mismo modo, en cuanto a si en ese momento cuidaban a personas enfermas, los porcentajes en la muestra mexicana y la chilena fueron muy similares (9.2 y 12.3%, respectivamente). Por último, respecto al cuidado de nietos, 37.6% de los AM mexicanos y 28.3% de los chilenos respondieron afirmativamente (Tabla 6).

Para contrastar las características de los adultos mayores de estos dos países se utilizó la subescala de Autodeterminación

Tabla 6. Frecuencia de asistencia a servicios religiosos y dedicación de tiempo para el cuidado de personas enfermas y nietos.

		CHILE		MÉXICO	
		f	%	f	%
¿Asiste semanalmente a servicios religiosos?	Sí	127	42.3	305	57.0
	No	163	54.3	229	42.8
	Total	290	96.7	534	99.8
¿Cuida Ud. actualmente a personas enfermas?	Sí	37	12.3	49	9.2
	No	254	84.7	486	90.8
	Total	291	97.0	535	100.0
¿Cuida Ud. actualmente a sus nietos?	Sí	85	28.3	201	37.6
	No	206	68.7	334	62.4
	Total	291	97.0	535	100.0

de la Escala de Calidad de Vida Autopercebida en Adultos Mayores en Comunidad (González y Garza, 2016), y se efectuó la prueba no paramétrica U-M-W, utilizándose el país como variable agrupadora. El nivel de significancia estadística utilizado fue de $p \geq .050$.

Se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras en siete de los catorce ítems que conforman la referida subescala (Tabla 7).

La percepción del estado de salud fue en general significativamente mayor en la muestra chilena, al igual que la de sus

relaciones sociales, sentirse que se ha enfermado más frecuentemente y considerar que su salud es peor comparada con la de un año atrás, lo que hace referencia al deterioro ocurrido en ese periodo de tiempo, algo que no es percibido por los AM mexicanos. Lo anterior indica que los AM de Chile, al tener un mejor sistema de salud que el de México, pueden monitorear más frecuentemente su salud, por lo que su percepción puede estar influida por los resultados que obtienen de sus visitas regulares al médico.

Tabla 7. Análisis comparativo entre México y Chile en siete ítems de la subescala de Autodeterminación de la Escala de Calidad de Vida Autopercebida en Adultos Mayores en Comunidad.

ÍTEMS	PAÍS	N	RP	SR	U-M-W	gl	p
Estado de salud en general	México	535	391.73	209577.5	66197.5	-3.64	0.000
	Chile	289	450.94	130322.5			
Salud física	México	535	381.45	205074.0	60694.0	-5.50	0.000
	Chile	289	469.99	135826.5			
Relaciones sociales	México	535	374.58	200401.5	57021.5	-6.64	0.000
	Chile	289	482.69	139498.5			
Siento que he enfermado con mayor frecuencia	México	535	391.09	209234.5	65854.5	3.33	0.001
	Chile	285	446.93	127375.5			
Mi salud es peor comparada con la de hace un año	México	535	338.52	181110.5	37730.5	-12.23	0.000
	Chile	284	544.65	154679.5			
Siento que me enojo fácilmente	México	535	393.17	210344.0	66964.0	-3.13	0.002
	Chile	287	445.68	127909.0			
He asistido al médico sólo cuando me he sentido enfermo(a)	México	535	423.63	226642.0	70818.0	-2.02	0.044
	Chile	288	390.40	112434.0			

El sentimiento de enojarse con mayor facilidad fue significativamente mayor en la muestra chilena. Por el contrario, el asistir al médico solo cuando se han sentido enfermos fue significativamente mayor en la muestra mexicana, lo que indica que en este caso no existe un sistema apropiado de prevención de enfermedades o de promoción de la salud, por lo que los AM acuden únicamente cuando experimentan alteraciones en su salud, especialmente cuando son jubilados o pensionados, ya que solo una minoría dispone de servicios médicos gratuitos.

DISCUSIÓN

En resumen, es posible concluir que los AM de la municipalidad de Santiago de Chile percibían una mejor calidad de vida que los de la ciudad mexicana de Saltillo en cuanto a los aspectos físicos y de salud. A pesar de que los chilenos consideran que su salud era peor que la de un año antes, en todos los demás indicadores mostraron puntuaciones más elevadas.

Los AM chilenos fueron en general de mayor edad, no obstante lo cual sus expectativas de vida y las decisiones asumidas eran consideradas elecciones libres y autónomas. En el caso de México, las familias están conformadas por un mayor número de hijos, lo que genera un acercamiento personal y una red de apoyo más sólida, a pesar de que en la actualidad la planificación familiar hace que las parejas jóvenes consideren tener uno o dos hijos a lo más.

Se ha comprobado que la actividad es sinónimo de una mejor condición de vida, y es preocupante el porcentaje de AM en México que no realiza actividad física alguna, lo que determina la aparición y mayor prevalencia de enfermedades en este grupo etáreo y se ve reflejado en el considerable porcentaje de adultos que padecen enfermedades que los incapacitan para realizar las actividades cotidianas.

La autodeterminación percibida por los AM de México y de Chile difiere en siete reactivos relativos a la salud en general, la salud física, la calidad de las relaciones sociales o la percepción constante de

sentirse enfermo; las únicas variables en que los AM mexicanos obtuvieron puntuaciones mayores fueron cuando comparan su salud actual con la de un año atrás y la frecuencia con la que asisten a chequeos médicos sólo cuando se han sentido enfermos y no como una medida preventiva, lo que indica la cultura prevalente en el país respecto a la atención y cuidados preventivos de la salud; en efecto, los servicios de salud con los que cuentan los AM tienen graves limitaciones debidas a la sobresaturación o a la

falta de medicamentos para los derechohabientes. Además, el que no cuenten frecuentemente con un seguro médico limita considerablemente su acceso a otros servicios de salud más eficientes.

Por otro lado, los AM chilenos dijeron enojarse con mayor facilidad, lo que puede deberse a la forma en que fueron educados; por el contrario, en México se considera a la población en general como más amigable, lo que la ayuda a formarse un carácter menos aprensivo y de mayor colaboración.

REFERENCIAS

- Andrade O., E., Padilla R., N. y Ruiz P., M.L. (2013). Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes, Ags.: un estudio transversal. *Enfermería Global*, 12(3), 34-42.
- Bustamante M., A., Vidal C., L. y López L., P. (2014). Impacto del uso de audífonos para adultos mayores en Chile. *Informacion Tecnologica*, 25(3), 177-184. doi: 10.4067/S0718-07642014000300020.
- Castillo C., Á., Albala, C., Dangour, A.D. y Uauy, R. (2012). Factors associated with life satisfaction in a cohort of older people in Santiago, Chile. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 414-420. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.11.021.
- Castillo L., B., Martínez M., L.M. y López J., F.J.A. (2011). Calidad de vida del adulto mayor con trastornos de la marcha posterior a un programa de rehabilitación física. *Atencion Primaria*, 43(2), 104-105. doi: 10.1016/j.aprim.2010.01.021.
- Castrejón P., R.C., Borges Y., S.A. e Irigoyen C., M.E. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(5), 321-329.
- Chaves E., C.L., Paulino C., F., Souza V., H.S., Mesquita A., C., Carvalho F., S. y Nogueira D., A. (2014). Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 648-655. doi: 10.1590/0104-07072014001000013.
- Córdova V., V., Río C., J., Robaina N., F., Ortiz M., C. y Artaza, C. (2013). Quality of life of adults with intellectual disabilities institutionalized in Chile from the perspective of service providers. *Universitas Psychologica*, 12(3), 923-932. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3.cvad.
- Cortés N., A.R., Villarreal R., E., Galicia R., L., Martínez G., L. y Vargas E., R. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista Medica de Chile*, 139(6), 725-731. doi: 10.4067/S0034-98872011000600005.

- Durán A., S., Mattar A., P., Bravo B., N., Moreno B., C. y Reyes G., S. (2014). Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(11), 1371-1376. doi: 10.4067/S0034-98872014001100002.
- Gallegos C., K., Mudgal, J., Sánchez G., S., Wagner F., A., Gallo J., J., Salmerón, G., S., A., Peruzzi E. M., M.M. y Correa, J. (2009). Consciência metalinguística e compreensão de leitura: diferentes facetas de uma relação complexa. *Educar em Revista*, 38, 157-171.
- Gómez L., Z.M., Dávalos G., J.C., Celis R., A.J. y Orozco V., M.J. (2010). Estado de funcionalidad de adultos mayores empacadores en tiendas de autoservicio. *Gaceta Médica de México*, 146(2), 90-97.
- González P., M. (2015). Actitud de marcha según nivel socioeconómico en adultos mayores autovalentes. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 31(4), 501-507. doi: 10.1590/0102-37722015042626501507.
- González T., J. y Garza S., R.I. (2016). Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad (CCVAMC-62). *Ciencia Ergo-Sum*, 23(1), 17-25.
- Huerta F., N.E. (2015). Situación de derechohabiencia de los adultos mayores en municipios con alto grado de envejecimiento del Estado de México. *Papeles de Población*, 21(85), 109-139.
- Jaque R., A.L., Espinoza M., A.L., Lavoz E., C.E. y Santuber C., P. (2012). Actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores atendidas en la red de atención primaria de salud en la comuna de Chillán, Viejo-Chile. *Index de Enfermería*, 21(1-2). doi: 10.4321/S1132-12962012000100006.
- Jiménez S., C.E., Fernández G., R., Zurita O., F., Linares G., D. y Fariás M., A. (2014). Programas de educación en salud y entrenamiento de la fuerza en adultos mayores con artrosis de cadera leve a moderada. *Revista Médica de Chile*, 142(4), 436-442. doi: 10.4067/S0034-98872014000400004.
- Manrique E., B., Salinas R., A., Moreno T., K. y Téllez R., M.M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 26-33.
- Milla P., G., Johns, P.C. y Agüero S., D. (2014). Asociación del consumo de desayuno y la calidad de vida en adultos mayores autónomos chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 845-850. doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7431.
- Monroy R., A., Contreras G., M.E., García J., M.A., García H., M.L., Cárdenas B., L. y Rivero R., L.F. (2016). Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 25-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.005>.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *WHOQOL-Old. Manual*. Ginebra: OMS.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139, 1006-1014.
- Villavicencio M., E.F., Sanromán R., T., Ávila M., C. y Pérez T., A.M. (2013). Evaluación calidad de vida mediante el WHOQOL-Bref en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 179-192.