



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO



SEDE TULANCINGO



LA CONFIGURACIÓN FAMILIAR, EL TRAYECTO LABORAL, LA SALUD FÍSICA Y LA
SALUD MENTAL COMO INDICADORES PARA DETERMINAR EL ÍNDICE DE
CALIDAD DE VIDA DE 12 ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NICOLÁS
GARCÍA DE SAN VICENTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN INTERVENCIÓN
EDUCATIVA

PRESENTAN

YADARY SARAI MALDONADO CRUZ

AZUCENA VELASCO CASTRO

TULANCINGO DE BRAVO, HGO.

ABRIL 2025



**GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE
HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-
HIDALGO**



UNIDAD UPN 131

LA CONFIGURACIÓN FAMILIAR, EL TRAYECTO LABORAL, LA SALUD FÍSICA Y LA SALUD MENTAL COMO INDICADORES PARA DETERMINAR EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE 12 ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NICOLÁS GARCÍA DE SAN VICENTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN INTERVENCIÓN EDUCATIVA PRESENTAN:

**YADARY SARAI MALDONADO CRUZ
AZUCENA VELASCO CASTRO**

TULANCINGO DE BRAVO, HGO. ABRIL 2025



IHE
INSTITUTO HIDALGUENSE
DE EDUCACIÓN



UPN/DT/Of. No. 1839/2025-I
DICTAMEN DE TRABAJO

Pachuca de Soto, Hgo., 02 de octubre de 2025.

C. YADARY SARAI MALDONADO CRUZ
PRESENTE.

En mi calidad de Presidenta de la Comisión de Titulación de esta Unidad, me permito informarle que, como resultado del análisis realizado a la **TESIS** intitulada: **"LA CONFIGURACIÓN FAMILIAR, EL TRAYECTO LABORAL, LA SALUD FÍSICA Y LA SALUD MENTAL COMO INDICADORES PARA EL INDICIE DE CALIDAD DE VIDA DE 12 ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NICOLÁS GARCÍA DE SAN VICENTE"**, presentado por su tutor DR. JOSÉ ALFREDO TAPIA ZAMORA, ha sido **DICTAMINADO** para obtener el título de Licenciada en Intervención Educativa, al haber reunido los requisitos académicos establecidos al respecto por la institución.

Con base en lo anterior, tengo a bien informarle que puede ser presentado ante el H. Jurado que se le designará al solicitar su examen profesional.

ATENTAMENTE
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"


DRA. MARISOL VITE VARGAS
PRESIDENTA PEDAGÓGICA
NACIONAL
H. COMISIÓN DE TITULACIÓN

C.c.p.- Depto. de Titulación. - Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo.
Documento válido por 60 días a partir de la fecha de expedición.

MVV/JMVC/jahm*



IHE
INSTITUTO HIDALGUENSE
DE EDUCACIÓN



UPN/DT/Of. No. 1840/2025-I
DICTAMEN DE TRABAJO

Pachuca de Soto, Hgo., 02 de octubre de 2025.

C. AZUCENA VELASCO CASTRO
P R E S E N T E.

En mi calidad de Presidenta de la Comisión de Titulación de esta Unidad, me permito informarle que, como resultado del análisis realizado a la **TESIS** intitulada: **"LA CONFIGURACIÓN FAMILIAR, EL TRAYECTO LABORAL, LA SALUD FÍSICA Y LA SALUD MENTAL COMO INDICADORES PARA EL INDICIE DE CALIDAD DE VIDA DE 12 ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN NICOLÁS GARCÍA DE SAN VICENTE"**, presentado por su tutor DR. JOSÉ ALFREDO TAPIA ZAMORA, ha sido **DICTAMINADO** para obtener el título de Licenciada en Intervención Educativa, al haber reunido los requisitos académicos establecidos al respecto por la institución.

Con base en lo anterior, tengo a bien informarle que puede ser presentado ante el H. Jurado que se le designará al solicitar su examen profesional.

ATENTAMENTE
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"


DRA. MARISOL VITE VARGAS
PRESIDENTA
H. COMISIÓN DE TITULACIÓN

C.c.p.- Depto. de Titulación. - Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo.
Documento válido por 60 días a partir de la fecha de expedición.

MVV/DMVC/jahm*

Dlvr. Felipe Angeles s/n, Col. Venta Prieta,
Pachuca de Soto, Hgo., C. P. 42083.
Ofic: 771 711 1174
www.upnhidalgo.edu.mx
direcciongeneral@upnhidalgo.edu.mx

Dedicatoria

A mi madre que ha sabido formarme con buenos valores y hábito lo cual me ha ayudado a seguir adelante.

A mi padre quién ha sido una motivación para seguir adelante para nunca rendirme en los estudios y en la vida.

A mi hermano y hermanas que siempre me ilumina para seguir adelante con mis proyectos.

Quiero agradecer a toda mi familia y cada persona que ha sido parte de mi vida por el apoyo brindado en este largo camino.

Yadary Sarai Maldonado Cruz

A mi mamá y papá por ser mi mayor inspiración, por su apoyo incondicional en cada paso de mi vida y por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia. Su amor, esfuerzo y sacrificio han sido el motor que me ha impulsado a seguir adelante.

A mi hermano y hermana por su cariño, compañía y motivación, gracias por todo su apoyo, han sido un pilar fundamental en mi vida.

A ustedes familia les dedico este logro con todo mi cariño y gratitud.

Azucena Velasco Castro

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
---------------------------	----------

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
--	----------

1.1 JUSTIFICACIÓN	10
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.3.1 PREGUNTA GENERAL.....	17
1.3.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS	17
1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.4.1 HIPÓTESIS GENERAL	18
1.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	18

CAPÍTULO II. TEORÍAS Y CONCEPTOS EXPLICATIVOS: LA CALIDAD DE VIDA, LA CONFIGURACIÓN FAMILIAR, EL TRAYECTO LABORAL Y/O HISTORIA LABORAL, LA SALUD FÍSICA Y LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES.....	20
--	-----------

2.1 CONCEPTOS CENTRALES DE LA TESIS.....	20
2.1.1 LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES	20
2.1.2 LA CONFIGURACIÓN FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES	22
2.1.3 EL TRAYECTO LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES	27
2.1.4 LA SALUD FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES	28
2.1.5 LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES	31
2.2 ESTADO DEL ARTE.....	38
2.2.1 CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	38
2.2.2 ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE MUNICIPIO DE TETEPANGO, HIDALGO: A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF	40
2.2.3 CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ENTRE 70 A 85 AÑOS INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE NOGOYÁ	43
2.2.4 CALIDAD DE VIDA DE LOS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS PARA MAYORES: UN ANÁLISIS CUANTITATIVO	45

CAPÍTULO III. APARTADO METODOLÓGICO	48
--	-----------

3.1. VARIABLES.....	48
3.1.1. VARIABLES INDEPENDIENTES.....	48
3.1.2. VARIABLES DEPENDIENTES.....	49

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.3. ELECCIÓN DE LA POBLACIÓN	49
3.3.1. MUESTRA	50
3.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	50
3.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	51
3.3.4. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	51
3.3.5. ESCENARIO	51
3.3.6. MATERIALES	51
3.3.7. PROCEDIMIENTO.....	56
3.4. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	56
3.4.1. DETERMINACIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES	57
3.4.2. TABLAS DE CONTINGENCIAS	57
3.4.3. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN.....	57
3.5 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
<u>3.6 CONCLUSIONES</u>	<u>102</u>
<u>3.7 CONSIDERACIONES FINALES.....</u>	<u>104</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>106</u>
<u>APÉNDICE.....</u>	<u>110</u>
<u>APÉNDICE 1.....</u>	<u>110</u>

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo ha sido elaborado en la modalidad de tesis, tal como lo establece el Reglamento General para la obtención del título de la universidad Pedagógica Nacional, en el capítulo IV, artículo 18 en el cual se hace mención de la opción de tesis estableciendo lo siguiente:

“Es un trabajo escrito que implica un proceso de investigación en torno a un problema teórico o empírico en el campo de la educación. En la tesis se identifica un problema, se construye como objeto de estudio y se asume una postura metodológica a partir de determinados supuestos teóricos, para valorar una hipótesis; en el que se demuestre un manejo del tema y la formación disciplinar” (Universidad Pedagógica Nacional, 2019).

El desarrollo de esta investigación es a partir del tema de la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental como indicadores para determinar el índice de calidad de vida de 12 adultos mayores, es importante mencionar que los sujetos de estudio se encuentran viviendo en una residencia conocida como fundación Nicolás García de San Vicente, ubicada en el municipio de Tulancingo de Bravo.

Para el desarrollo de la investigación se divide en tres capítulos:

El primer capítulo es de acuerdo con el planteamiento del problema, en este apartado se establece de manera clara y concisa el problema específico que se investigará, es decir, el objetivo principal es delimitar el problema, justificarlo, desarrollar los objetivos tanto el general como los específicos; de igual forma se diseñan las preguntas e hipótesis de la investigación.

Así entonces, se logró establecer el planteamiento del problema de la siguiente manera: ¿Cuál es la relación que existe entre la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental con los niveles de calidad de vida de 12 adultos mayores en una residencia?

Continuando con, el capítulo II teorías y conceptos explicativos: se realizaron investigaciones sobre los conceptos centrales sobre la tesis tales como: la calidad de vida en adultos mayores, la configuración familiar en adultos mayores, el trayecto laboral de los adultos mayores, la salud física y la salud mental de los adultos mayores. De igual manera, se establecieron investigaciones que abordan situaciones similares a nuestro tema de investigación entre ellas están: calidad de vida del adulto mayor; análisis de la calidad de vida en adultos mayores de municipio de Tetepango Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF; calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá y calidad de vida de los mayores que viven en residencias para mayores: un análisis cuantitativo.

El capítulo III apartado metodológico en el cual, como primer punto se establecen las variables, estas se clasifican en independientes y dependientes, continuando con la descripción del diseño de la investigación, la elección de población, la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, el escenario, los materiales, el procedimiento, el tratamiento estadístico de los datos, la determinación de frecuencias y porcentajes, las tablas de contingencias, el coeficiente de correlación y los análisis de los resultados. Por último, se establecen las conclusiones y consideraciones finales.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El planteamiento del problema constituye una forma inicial que guía la indagación profunda en torno a una cuestión específica del problema. Como lo menciona, Alvarado (2023):

“El planteamiento del problema se refiere a la descripción clara y concisa del problema específico que se desea investigar. Es la etapa inicial en la definición y formulación de un proyecto de investigación. En este proceso, se busca identificar y delimitar el problema que es de interés para el investigador” (p.23).

En otras palabras, el planteamiento del problema sirve como base sobre el cual se construirá toda la investigación. Es la oportunidad para el investigador de delimitar, comprender y comunicar la esencia de la investigación, para esta tesis se logró construir de la siguiente manera.

¿Cuál es la relación que existe entre la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental con los niveles de calidad de vida de 12 adultos mayores en una residencia?

Dicha problemática que se trabajó en esta tesis surge durante la realización de prácticas profesionales en la institución “Residencia de adultos mayores” conocida como la casa de los abuelitos, en donde fue posible observar diversas situaciones significativas en relación con la calidad de vida de los residentes, puesto que al estar en contacto con los adultos, con el personal y al conocer como labora la residencia se lograron identificar elementos que afectan el bienestar integral de esta población adulta, tal como las rutinas de los adultos mayores, el aislamiento, falta de actividades, poca interacción y convivencia con su familiares u otras personas, el autoestima, la autonomía, la atención

limitada por parte del personal y algunas otras que están presentes en la vida del adulto mayor durante su estancia en la residencia.

Por lo tanto, nos llevó a reflexionar sobre estas condiciones en las que se encuentran los adultos mayores y como afecta su nivel de calidad de vida, siendo así que al profundizar en ello sería de gran ayuda para poder brindar una mayor atención y ayuda a esta población. Ya que dentro de nuestro perfil de egreso nos da la herramienta de trabajar con esta población adulta, mediante la observación, llevando a cabo diagnósticos y así mismo el diseño e implementación de algunas actividades lúdicas, con lo cual llegamos a la conclusión de trabajar con la calidad de vida que presentan los adultos residentes, estableciendo cuatro variables que percatamos con mayor impacto y relación con las personas adultas de la residencia.

1.1 Justificación

La calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados es un tema de gran relevancia no solo para los individuos que viven en este tipo de instituciones, sino también para la sociedad en general, al comprender que la población de adultos mayores se encuentra en un constante aumento significativo se empieza a requerir una atención especial. De acuerdo con, el Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2023) indica que:

“La tasa de crecimiento de la población adulta mayor es superior al resto de la población, el número de personas de 60 años y más se incrementará de manera sostenida en los próximos años, alcanzando un aumento de más de 2 millones de personas en ese rango de edad entre 2020 y 2024”.

Ahora bien, en las proyecciones demográficas, del año 2020 en el estado de Hidalgo la población de personas adultas mayores ascendía a 365,101 individuos, lo que representaba el 11.7% del total estatal. Se prevé que para el año 2030 este grupo etario experimente un incremento significativo, alcanzando un 14.5% de población total, equivalente a 524,406 personas adultas mayores (INAPAM,2023, p.15).

De igual manera, es importante destacar las cifras de población adulta en el municipio de Tulancingo de Bravo, de acuerdo con los datos del INEGI (2020), se establece que “la población adulta mayor era de 19,373 personas. De este total, 10,957 eran mujeres (56.6%) y 8,416 hombres (43.4%). Este grupo representaba el 11.5% de la población total del municipio en ese año” (p.2).

En efecto, el crecimiento de este grupo de personas ha puesto presión en las instituciones de cuidado, puesto que la institucionalización puede presentar desafíos para el bienestar de los adultos mayores, quienes empiezan a experimentar cambios significativos en su entorno y rutina diaria. Por lo tanto, el presente trabajo se realiza con 12 adultos mayores de la residencia conocida como Fundación Nicolás García de San Vicente, ubicada en el municipio de Tulancingo de Bravo del estado de Hidalgo, en la cual se busca determinar el índice de calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran en dicho lugar.

La decisión de ingresar a los adultos mayores a la residencia suele ser tomada por sus familiares o por instituciones como el DIF. Unas de las razones más mencionadas por los propios adultos mayores es que sus familias ya no pueden hacerse cargo de su cuidado debido a compromisos laborales, falta de tiempo o porque sus hijos viven fuera del municipio. Es importante señalar que la mayoría de los residentes presenta alguna condición médica, como diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares, lo que les impide valerse por sí mismos, es por ello por lo que optan por esta decisión.

De acuerdo con lo que se ha logrado observar durante nuestra estancia en la residencia, los adultos mayores mantienen una rutina pasiva. En este sentido, la mayoría duerme la mayor parte del día; otros solo se encuentran en el patio o en las áreas verdes sentados, observando lo que sucede a su alrededor. Es importante mencionar que no se llevan a cabo actividades ocupacionales en las que puedan participar los adultos mayores, ya que la residencia no dispone de un programa para trabajar en ello, ni tampoco de personal especializado en estas áreas.

No obstante, en ocasiones realizan alguna actividad propuesta por fisioterapeutas, pero muchas de ellas no se adaptan a las características de los adultos, por lo que la participación de ellos es escasa. Incluso cuando se encuentran algunos practicantes, ellos deben encargarse de llevar a cabo algún tipo de actividad para los adultos mayores.

La población adulta en la residencia presenta entre sus condiciones físicas, algunas particularidades. Algunos ya se encuentran en silla de ruedas, otros empiezan a utilizar bastón, pocos son los que aún pueden caminar sin problema alguno, de igual forma, pocos utilizan lentes. Es por ello, por lo que en ocasiones mencionan que ya no quieren realizar actividades porque ya no tienen las mismas capacidades que antes, por lo tanto, no se sienten motivados y capaces de poder hacer otras actividades y solo prefieren observar. Para los adultos mayores es importante ser escuchados y tener compañía, sin embargo, no les gusta convivir con los otros adultos, puesto que llegan a surgir ciertas indiferencias al momento de convivir entre ellos.

De tal manera, que ellos pueden estar juntos en un mismo lugar, pero sin mantener algún tipo de conversación entre ellos o simplemente llegan a intercambiar algunas palabras, pero solo por unos minutos, es por ello, que les agrada más estar con algún practicante para platicar o para llevar a cabo alguna actividad. También, hay algunos adultos que empiezan a tener problemas de memoria y es por ello que se alejan de los otros adultos. Ya no les gusta platicar, reconocen que ya olvidan cosas y no saben

de qué hablar con las demás personas. Estas son algunas de las razones que nos han hecho saber los adultos mayores, entre otras cosas más, como las personalidades de cada uno puesto que algunos son más extrovertidos que otros, por lo que llegan a existir ciertos vínculos entre ellos.

Es posible que algunos días se observe entre los adultos mayores expresiones o estados de tristeza, ya que han mencionado que, extrañan a sus familiares. El estar encerrados sin poder salir les genera sentimientos de aburrimiento y soledad lo cual aumenta aún más sentimientos de tristeza. Ahora bien, cuando llegan a tener visitas por parte de sus hijos, nietos u otros parientes estas son muy rápidas, solo platican un rato con sus familiares y se van. Sin embargo, hay adultos que no reciben visitas y otros pocas veces los llegan a visitar, aunque algunos son conscientes de que sus familiares no pueden ir por cuestiones de trabajo o porque viven lejos, reconocen que los extrañan, por ello se sienten solos y tristes, de igual forma expresan que no les gusta estar en la residencia ya que están aislados.

En este sentido es importante mencionar que la calidad de vida de los adultos mayores no puede ser definida únicamente por un solo aspecto, por lo tanto, para la presente investigación se establecieron cuatro variables clave que se basaron en algunos conceptos de calidad de vida analizados, estos son la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental, con ello es posible elaborar un índice más preciso. Este enfoque integral permite una evaluación más completa y realista de la calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados.

Como primera variable se encuentra la configuración familiar, la cual constituye un factor determinante en el bienestar integral de las personas adultas mayores, puesto que la presencia o la ausencia de vínculos familiares, la frecuencia de visitas y la calidad de las interacciones y relaciones familiares tienen un fuerte impacto en el estado emocional, mental e incluso físico de las personas mayores. En este sentido, es

importante comprender la estructura familiar que tiene cada adulto mayor de las cuales se han encontrado la familia nuclear, monoparental o unipersonal con ello poder identificar las redes de apoyo de cada uno, también para analizar de forma más profunda la situación que vive cada adulto mayor, esta variable es clave para poder interpretar el contexto personal y social de los individuos.

Ahora bien, el trayecto laboral es otro indicador importante para determinar su calidad de vida. Este factor es esencial en tanto que permite comprender las experiencias laborales y como estas han incidido en su bienestar actual. Por lo tanto, este factor no solo establece relación con la situación económica, sino que también está vinculado con la construcción de identidad, el sentido de utilidad social, la autoestima y la consolidación de redes de apoyo y en otras cuestiones que podrían establecer cierta relación de acuerdo con cada adulto mayor.

De tal manera que con la aplicación de los instrumentos se identificó que algunos adultos mayores lograron concluir sus estudios formales y posteriormente integrarse al ámbito laboral mientras que otros se dedicaron gran parte de su vida a las labores domésticas y al cuidado del hogar, desempeñándose principalmente como amas de casa. Justamente con estos datos es que se logra dar cuenta de la diversidad de roles asumidos a lo largo del ciclo vital de cada uno de los sujetos, los cuales han influido de manera diferenciada en su percepción del presente.

Por lo tanto, dichas experiencias laborales formales o informales constituyen elementos significativos que inciden en su estilo de vida. Pues bien, analizar el trayecto laboral permite entender con mayor profundidad las condiciones actuales de los adultos mayores, así como los factores que pueden estar condicionando su calidad de vida.

La salud física constituye un pilar esencial para el bienestar integral durante la vejez. En esta etapa de la vida, la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, parkinson, de igual manera limitaciones en la movilidad o cualquier otra afección física no solo afecta la autonomía del adulto mayor, sino que también incide directamente en su autoestima, autoaceptación y en la manera en que se relaciona con su entorno. A menudo, estas condiciones generan una pérdida de independencia, lo que puede provocar sentimientos de inutilidad o frustración.

Además, existen casos en los que los propios adultos mayores adoptan creencias limitantes sobre su capacidad de actuar, restringiéndose a sí mismos por pensar que ciertas actividades ya no son apropiadas para su edad y es por ello por lo que prefieren mantenerse en un estado pasivo, de tal manera que influyen tanto por factores culturales como personales, puede intensificarse cuando el deterioro físico altera la imagen corporal, afectando su identidad y su bienestar emocional.

La variable de la salud mental es igualmente determinante en la calidad de vida de los adultos mayores, los problemas como la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y otros trastornos mentales son comunes en las personas mayores, especialmente cuando se encuentran institucionalizadas. En los adultos mayores que se encuentran como residentes se ha logrado notar que se encuentran en estados muy pasivos, siendo esto un limitante para poder llevar un envejecimiento activo y saludable. Esta falta de estimulación y acompañamiento adecuado puede acelerar el deterioro físico y cognitivo, generando un impacto negativo acumulativo con el paso del tiempo. La ausencia de intervenciones y de cuidados específicos para preservar la salud mental incrementa el riesgo de agravamiento de estas condiciones, afectando de manera directa su bienestar integral.

En resumen, al trabajar estas cuatro variables, se logra generar información relevante sobre el índice de calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran

institucionalizados. Esto permite comprender el bienestar de esta población adulta, es decir, permite comprender la realidad que vive cada adulto en la actualidad. Además, los resultados obtenidos podrán ser útiles para aquellos que estén interesados en realizar algún tipo de intervención con base en programas o proyectos para favorecer el bienestar de los adultos mayores.

1.2. Objetivos de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación se pretende tener una dirección sobre lo que se quiere lograr de manera clara y precisa para poder cumplir con cada objetivo redactado de acuerdo con esta tesis. Como menciona, Pérez (1999) “son logros que se pretenden alcanzar con la ejecución de una acción. Los objetivos deben de ser claros, realistas y pertinentes. Clasificaremos los objetivos en generales y específicos” (p.10). Es decir, son los propósitos que se buscan conseguir a través de la realización de una acción, es fundamental que estén definidos de manera clara y específica, de modo que se entienda con precisión. De acuerdo con lo anterior, los objetivos de esta investigación son los siguientes.

1.2.1 Objetivo general

Establecer la relación que pudiera existir entre la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental con los niveles de calidad de vida de 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente.

1.2.2 Objetivos específicos

- 1.2.2.1 Analizar las formas de configuración familiar a las que pertenecen 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente y determinar su influencia en su calidad de vida.
- 1.2.2.2 Determinar los trayectos laborales de 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente y establecer su influencia en su calidad de vida.
- 1.2.2.3 Conocer los estados de salud física de 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente y analizar su influencia en su calidad de vida.
- 1.2.2.4 Identificar posibles síntomas y/o trastornos de salud mental entre 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente y analizar su influencia en su calidad de vida.

1.3 Preguntas de investigación

1.3.1 Pregunta general

¿Cuál es la relación que existe entre la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental con los niveles de calidad de vida de 12 adultos mayores en la residencia Nicolás García de San Vicente?

1.3.2 Preguntas específicas

- 1.3.2.1 ¿Cuáles son los tipos de configuración familiar a la que pertenecen 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente y de qué manera las formas de configuración familiar influyen en su calidad de vida?

1.3.2.2 ¿De qué manera los trayectos laborales de 12 adultos mayores se relacionan con los índices de la calidad?

1.3.2.3 ¿Cuáles son los estados en términos de la salud física de 12 adultos mayores y de qué manera influyen en su calidad de vida?

1.3.2.4 ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes y/o trastornos mentales de 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente y como estos influyen en su calidad de vida?

1.4 Hipótesis de la investigación

1.4.1 Hipótesis general

Existe una relación significativa entre la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental con los niveles de calidad de vida de 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente.

1.4.2 Hipótesis específicas

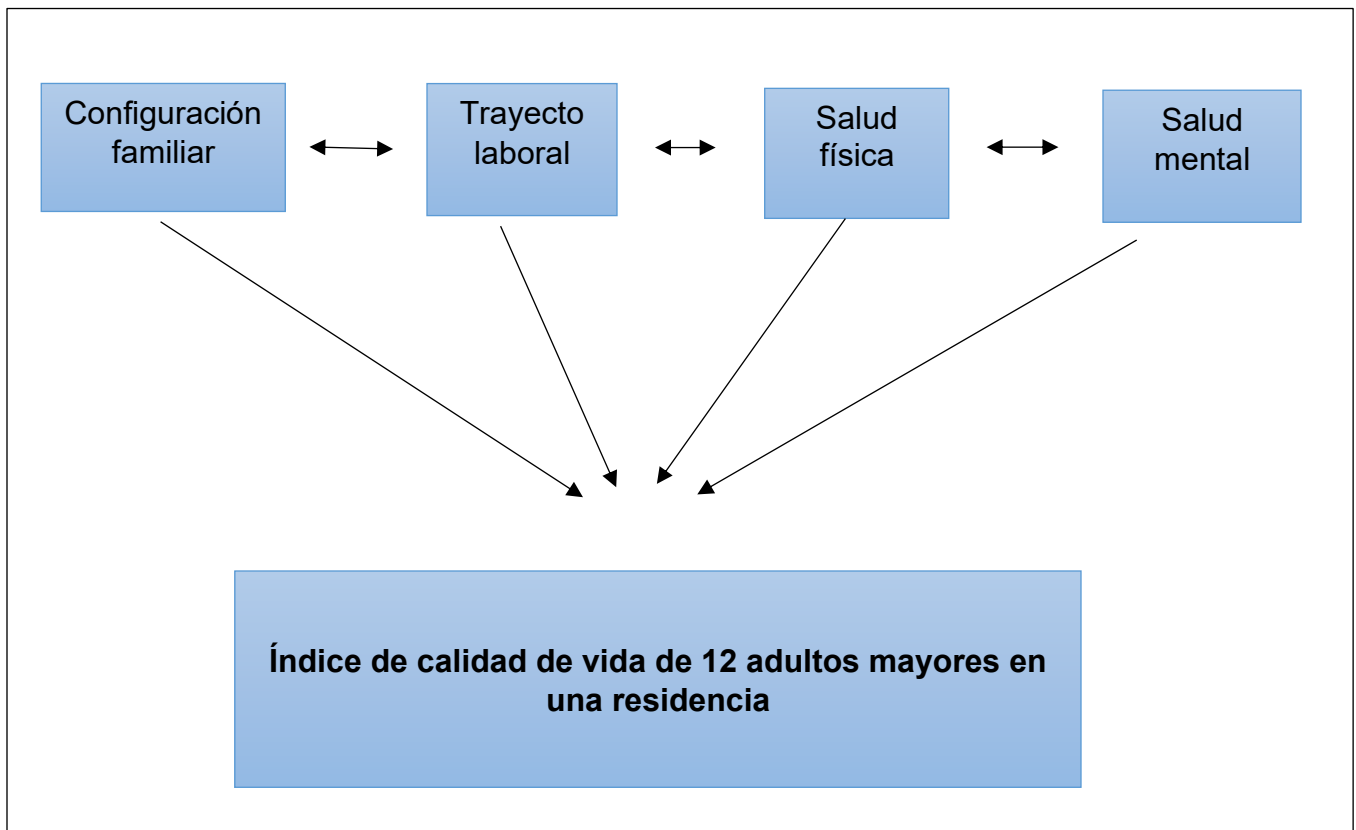
1.4.2.1 Existe diferentes formas de configuración familiar a la que pertenecen 12 adultos mayores lo que a su vez se relaciona con los índices de calidad de vida que pueden observarse en ellos.

1.4.2.2 El trayecto laboral influye en el índice de calidad de vida en 12 adultos mayores de la Fundación Nicolás García de San Vicente.

1.4.2.3 Las condiciones de salud física se relacionan con el índice de la calidad de vida de 12 adultos mayores de la Fundación Nicolás García de San Vicente.

1.4.2.4 Los posibles síntomas y/o trastornos de salud mental inciden en los índices de calidad de vida de 12 adultos mayores de la Fundación Nicolás García de San Vicente.

Figura 1. Modelo teórico de relación de variables



CAPÍTULO II. TEORÍAS Y CONCEPTOS EXPLICATIVOS: LA CALIDAD DE VIDA, LA CONFIGURACIÓN FAMILIAR, EL TRAYECTO LABORAL Y/O HISTORIA LABORAL, LA SALUD FÍSICA Y LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES

2.1 Conceptos centrales de la tesis

2.1.1 La calidad de vida en adultos mayores

La calidad de vida es un concepto que abarca grandes aspectos, por ello para tener una visión más clara se establece la siguiente definición. Vázquez (2020) afirma que la calidad de vida:

“Se define como un estado de bienestar emocional, físico y social la cual no se ve limitada a la presencia o ausencia de una enfermedad de índole biológico, es un estado de percepción que tienen las personas en cuanto a sus sistemas de valores, preocupaciones, objetivos, estándares y expectativas” (p.2).

En otras palabras, la calidad de vida se reconoce como el bienestar general de cada persona, en donde se incluyen distintos aspectos emocionales, físicos y sociales. Con ello, cada individuo puede tener distintas percepciones, lo cual influye en cómo se acepta y le permite vivir su vida de una manera más plena. Por su parte, Carvalho (2017) plantea que:

“Se reconoce en la evolución del estudio de la calidad de vida, el enfoque hacia los aspectos objetivos (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos o percibidos. Se identifican como principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida: bienestar emocional, riqueza material y bienestar material, salud, trabajo y otras formas de actividad productiva, relaciones familiares y sociales, seguridad, integración con la comunidad” (p.2).

En efecto, la calidad de vida es un aspecto fundamental en cada una de las personas, sin embargo, se ve influenciada por distintos factores que, para el caso de esta tesis son: la configuración familiar, el trayecto laboral y/o historia laboral, la salud física y la salud mental para poder medir la calidad de vida sin embargo hay una cierta relación.

Ahora bien, la calidad de vida del adulto mayor es un tema de gran importancia que debe de ser comprendido, puesto que, con frecuencia, es posible observar a algunos adultos mayores que muestran ciertas ideas negativas hacia ellos como, por ejemplo, ya no poder llevar una vida plena. Sin embargo, aún en la edad adulta se puede llevar y tener una buena calidad de vida. Tal como afirma, Zambrano (2019):

“La calidad de vida de los ancianos depende en parte de la percepción que tengan sobre su salud. Variados son los factores que se han extendido en el tiempo, referentes a la salud mental y la satisfacción de la vida de este grupo poblacional; entre ellos se encuentra la autopercepción, que se ha convertido en un indicador útil y adecuado para conocer el estado de salud del anciano (p.8).

Es decir, se destaca que, la forma en que los adultos mayores perciben su propia salud juega un papel crucial en su bienestar general, lo cual lleva a cada individuo a vivir de distinta manera que los demás, para algunos será de manera más negativa creyendo que por su edad y condición ya no debería realizar ciertas actividades mientras que otros aún muestran interés en querer aprender cosas nuevas sin importar su condición física o su estado.

Por lo tanto, con lo anterior se logra observar que dichos autores coinciden en ciertos aspectos en relación con la calidad de vida sin embargo, es justamente el concepto de Vázquez (2020) quien usa una definición más pertinente, ya que permite comprender la calidad de vida desde una mirada más integral y subjetiva, establece la

importancia de percepción, recordando que no solo depende de factores materiales si no que influyen muchos otros elementos como lo emocional, lo físico y lo social, lo cual se relaciona con nuestras variables establecidas es por ello que logramos identificarnos más de acuerdo con el concepto.

2.1.2 La configuración familiar en adultos mayores

La configuración familiar es la comprensión fundamental de lo que significa ser una familia. Incluye valores como el amor, el apoyo mutuo, el respeto y la unidad, así como el reconocimiento de la diversidad de formas familiares en la sociedad.

Al respecto, Guatrochi (2020) propone la siguiente definición de familia: “Una configuración familiar puede ser definida como la constitución, en términos demográficos, de la familia y refiere además a la distribución de roles dentro del sistema, a la comunicación inter-subsistemas, la estructura familiar y las reglas que lo regulan” (p.12).

De acuerdo con lo anterior, se reconoce que la familia es la base sobre la cual se construyen relaciones saludables y se fomenta el bienestar de todos sus miembros, lo cual depende de cómo se configure cada familia. Por lo tanto, es así como se puede dar cuenta que existen distintos tipos de configuración familiar, entre los cuales los adultos mayores llegaron a pertenecer, algunos tipos de configuración son los siguientes.

Iniciando con las familias nucleares estas son aquellas que se encuentran constituidas por la madre, el padre y las hijas y/o hijos, este modelo es el más tradicional de familia. De acuerdo con, Guatrochi (2020), que:

“El principal cambio que se encuentra es el paso de las Familias Nucleares a las Familias Posnucleares. Entre las primeras se encuentran las familias constituidas

por la pareja unida a través del matrimonio y sus hijos, mientras que en las segundas aparecen diversas estructuras denominadas como nuevas configuraciones familiares” (p.12).

En otras palabras, se entiende como familia nuclear a aquellas familias conformadas por una pareja, es decir, un padre y una madre, teniendo una o varios hijos, la cual era la estructura más común, sin embargo, con el paso del tiempo se han tenido ciertas transformaciones en las configuraciones familiares dejando así el modelo tradicional de familia, dando paso a las familias posnucleares las cuales representan una diversidad de tipos de familia que existen en la actualidad.

Continuando con las familias adoptivas son aquellas en las que los padres han adoptado legalmente a uno o más hijos. En estas familias, los padres no son biológicamente los progenitores de los hijos, pero los han acogido como propios a través de un proceso. Citando a Guatrochi (2020), que:

“Las Familias Adoptivas pueden ser definidas como aquellas en las que por lo menos uno de los hijos no tiene relación biológica con ambos progenitores. Lo que se modifica, respecto a la familia tradicional, es el vínculo de consanguinidad padres-hijos, pero no la configuración familiar en sí, ya que puede darse el fenómeno de la adopción en familias bi o monoparentales, hetero u homosexuales, con hijos biológicos previos o sin ellos, etc.” (p.13).

De tal manera que, se deben tener en cuenta distintos aspectos puesto que una familia adoptiva está conformada por un padre y una madre que deciden darle una familia a un niño o una niña para poder darle un hogar a esa persona. Es la necesidad de revisar las expectativas hacia la nueva familia de ambas partes, tanto de quienes adoptan como de quienes son adoptados.

Otra de las estructuras familiares presentes en la actualidad es de acuerdo a la familia monoparental. Desde el punto de vista de Guatrochi (2020) menciona que, “Las Familias Monoparentales o Monomarentales son aquellas en las cuales los hijos son responsabilidad de un solo progenitor que convive con ellos” (p.13). Es decir, Las familias monoparentales consisten en que uno de los padres asuma la responsabilidad de criar a uno o más hijos sin la presencia de un cónyuge o pareja. Esta familia puede surgir debido a diversos motivos, como el divorcio, la viudez, la elección personal de ser padre o madre soltero/a, entre otros. Aunque pueda ser desafiante también está llena de fortaleza y dedicación, pues en muchas ocasiones son las madres quienes están al frente de estas familias.

Ahora bien, la familia reconstituida se refiere a una situación en la que uno o ambos padres vuelven a formar una nueva familia después de una separación o divorcio anterior. En este tipo de familia, al menos uno de los padres tiene hijos de una relación anterior, y la nueva pareja puede o no tener hijos propios. Tal como señala, Guatrochi (2020) que:

“Las Familias Reconstituidas que son las formadas por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior. Una de las características fundamentales de este tipo de familias es que se encuentran en transición, debiendo afrontar numerosos cambios en un periodo corto de tiempo” (p.13).

Por otra parte, la familia reconstituida es en una pareja en la que uno o ambos miembros tienen hijos o hijas de una relación anterior, implica la integración de miembros de familias anteriores en una nueva unidad familiar, así continuando con las familias ensambladas.

Así como en una familia ensamblada, los padres traen hijos de relaciones anteriores a la nueva unión y pueden o no tener hijos juntos. Este arreglo familiar implica la integración de miembros de familias anteriores en una nueva unidad familiar, lo que puede requerir tiempo, paciencia y esfuerzo para establecer relaciones entre todos los miembros. De acuerdo con, Guatrochi (2020):

“Las familias ensambladas exitosas pueden reconocerse observando cómo han respondido a las exigencias y tareas que acompañan la transición de la cultura familiar previa, a la cultura de la familia ensamblada. Algunas de estas pueden ser: la nueva relación de pareja necesita fortalecerse y solidificarse, los roles deben re-establecerse, se necesitan desarrollar nuevas relaciones en la familia, entre ellas la de los hijos y el nuevo integrante de la pareja, y la de los hijos de distintas parejas entre sí, debe lograrse un sentido de pertenencia a la nueva unidad familiar y establecerse nuevas responsabilidades y pautas de convivencia familiar así como redefinirse la relación de los miembros del núcleo familiar con el ex cónyuge” (p.14).

Es decir, es cuando dos personas deciden ser pareja y crear una familia, ellos tomarán en cuenta que cada uno tiene hijos que obtuvieron en matrimonios anteriores, es decir, “míos, tuyos y nuestros”, porque tienen la posibilidad de tener un nuevo integrante entre la pareja y en la familia, se presentara un reto en la forma de convivir entre todos los integrantes. Por otro lado, se encuentran las familias homoparentales se basan en el reconocimiento del amor, el compromiso y la capacidad de crianza de parejas del mismo sexo. Citando a Guatrochi (2020) que:

“Las Familias Homoparentales la cual está conformada por una pareja homosexual que decidió optar por la maternidad/paternidad. Por las características propias de este tipo de parejas, las formas de reproducción a las

que recurren requieren de un proceso de reflexión previo, lo cual implica una toma de decisión y un deseo de paternidad/maternidad, que puede constituirse como una fortaleza de este tipo de familia” (p.14).

En otras palabras, esta familia puede estar entre parejas hombres o mujeres, que deciden formar una familia con hijos, de uniones heterosexuales anteriores, o bien recurren a la adopción, acogimiento de menores. Ahora bien, las familias que recurren a la reproducción asistida radican en la comprensión de que el deseo de tener hijos puede ser una experiencia compleja y diversa para muchas parejas y personas. Desde el punto de vista de Guatrochi (2020):

“Las familias que recurren a la reproducción asistida. Las técnicas de reproducción asistidas (TRA) son un hecho transversal que puede suceder en familias de diversas estructuras. Estas constituyen una modificación en la concepción de la función reproductora, reflejando que esta puede llevarse a cabo fuera del núcleo familiar y sin que exista vínculo genético entre ambos padres y sus hijos” (p.14).

Estas familias pueden enfrentar dificultades para concebir de forma natural debido a diversas razones médicas o biológicas. Al recurrir a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización, la cual la pareja tiene deseos de poder ser padres.

Por último, encontramos a la familia unipersonal, este al contrario de los otros tipos se basa en un hogar constituido por solo una persona. Tal como lo menciona Lares, Rodríguez (2021):

“Otra dimensión de familia reconocida por algunos autores, aunque al parecer ha sido poco señalada, es el llamado hogar unipersonal, es decir, aquel hogar

habitado por una sola persona. Esto no significa que, es capital que se tenga en cuenta, el individuo en cuestión sea un solitario o hasta un misántropo, como se verá, él puede tener distintas relaciones que conforman un rico abanico de posibilidades, mismas que van desde lo afectivo hasta lo sexual, o sea, una activa vida con sus semejantes. El hecho es que este individuo, muchas de las veces ha tomado la decisión de vivir solo y determinadas circunstancias lo han llevado a la situación de habitar un hogar por su cuenta” (p.9).

Es decir, este tipo de familia se define y caracteriza por la residencia individual, es decir, la persona vive sola, sin embargo, esto no implica necesariamente que el individuo este solo o aislado ya que puede tener una amplia red de apoyo social fuera de su hogar, mantener interacciones con otros sin problema alguno.

2.1.3 El trayecto laboral de los adultos mayores

La trayectoria laboral es la acumulación de experiencias, habilidades y logros a lo largo de la vida de una persona. Teniendo en cuenta a Ferrari (2018) menciona que: “La trayectoria laboral puede ser definida como las distintas etapas por las que pasa un individuo al finalizar su formación o al insertarse en el circuito laboral” (p.3). Es decir, el trayecto laboral es entendido como el camino que recorre la persona en el trabajo y como lo fue pasando mientras trabajaba.

Por lo tanto, el contexto socio-histórico influye significativamente en las trayectorias laborales de las personas. Por ejemplo, períodos que pueden limitar las oportunidades laborales y afectar la estabilidad laboral. No obstante Ferrari (2018) señala que:

“Sin embargo, esta conceptualización requiere de otras variables para una comprensión más acabada de las trayectorias. En esta dirección, el contexto socio-histórico es un factor que incide sobre las trayectorias puesto que la inserción al mercado laboral no depende solo de la formación del trabajador, sino también de la oferta del circuito laboral” (p.3).

De acuerdo con ello, se considera importante esta parte sobre el contexto socio-histórico, porque proporciona el marco en el cual se desarrollan las oportunidades, los desafíos y las expectativas laborales de las personas. Este contexto influye en aspectos como la disponibilidad de empleo, las condiciones laborales, así como los valores y normas sociales que impactan en la forma en que las personas perciben y avanzan en sus trabajos.

2.1.4 La salud física de los adultos mayores

En esta etapa cada adulto mayor comienza a tener cambios significativos uno de ellos es en la salud física, de manera que con la edad el cuerpo experimenta cambios inevitables, en algunos casos lo ven más de manera negativa creando ideas o pensamientos negativos hacia su edad. De acuerdo con Peralta, Medina & Salazar (2016):

“La salud física, se relaciona con el buen funcionamiento de los órganos y sistemas corporales. Respecto del estado físico, éste se centra en la salud, la movilidad y la seguridad personal. Estado físico y movilidad están relacionados con aspectos de capacidad física, que pueden definirse de mejor forma como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas” (p. 59).

En efecto, se logra rescatar este factor fundamental que es la salud física en donde se reconoce que no solo implica la ausencia de algún tipo de enfermedad, sino que se basa en tener un equilibrio entre las capacidades tanto físicas como mentales, por ello, la importancia de adoptar hábitos saludables y con ello poder obtener un mejor estado de bienestar físico, que le permita disfrutar a las personas mayores para poder llevar a cabo las actividades diarias que sean de su agrado.

Por lo tanto, es justamente en la edad adulta donde se debe de tener un cuidado aún más especial con las personas ya que existen ciertos tipos de deterioros por la edad, a lo cual, la salud física es uno de los factores importantes que se deben de trabajar. Entre algunas cosas a realizar es: el ejercicio regular, llevar una dieta balanceada, tener chequeos médicos frecuentes y mantenerse activo socialmente puesto que estos son aspectos importantes para promover la salud física en esta etapa adulta. De acuerdo con, Moreno, Galeano & ríos (2017):

“El bienestar físico en la edad adulta mayor hace referencia a las estrategias de nutrición adecuada, referente a esto se debe llevar una alimentación balanceada de acuerdo a la necesidades nutricionales de cada individuo; incorporando ejercicios físicos con el fin de mejorar la funcionalidad corporal, el humor, el vigor, disminuyendo el estrés, la ansiedad, previniendo las enfermedades cardiovasculares; mediante un manejo acorde de la respiración ya sea diafragmática o profunda promoviendo la relajación de mente” (p.12).

Es decir, se resalta este aspecto de que cada persona adulta es diferente y por lo tanto, tiene distintas necesidades que necesitan ciertos tipos de cuidados específicos, el bienestar físico en la tercera edad no es solo un tema de salud sino también de calidad de vida, puesto que mantener una buena salud conlleva a los individuos a poder disfrutar de manera más plena su vida, poder participar en actividades que les gustan realizar y

así poder estar más activos, con ello tener impactos positivos en el estado de ánimo evitando o prolongando ciertas enfermedades.

De igual forma, el mantener una actitud positiva es esencial en esta nueva etapa ya que permitirá mantener una mayor motivación en los adultos mayores logrando así que tengan el interés de poder cuidar de su salud y con ello poder mejorar su bienestar general. Tal como plantea Aranda (2018) que:

“Para aspirar a una buena calidad de vida en la tercera edad, es importante lograr una vida física y psíquica sana y activa, afrontando los acontecimientos vitales de manera positiva y constructiva, desarrollando una capacidad de control sobre los eventos externos para que le reporten beneficios” (p.816).

Se plantea entonces la importancia de mantener una vida activa no solo físicamente sino mentalmente para lograr una mejor calidad de vida en esta etapa de la vejez y con ello desarrollar capacidades para poder controlar situaciones de manera positiva y más plena. Teniendo en cuenta a Aranda (2018) afirma que:

“El anciano debe mantener una actividad física sistemática, al tiempo que interactúa con otras personas de su edad, que le brindan apoyo social; todo lo cual unido a un sentido de su vida mediante una espiritualidad, religiosa o no, que le permitirá una óptima calidad de vida” (p.816).

Es decir, este aspecto de la actividad física es uno de los elementos esenciales que contribuyen para tener una vejez plena y satisfactoria lo cual, permite darle sentido a esta etapa de la vida en donde se está en un constante cambio de tal manera que, el

estar activos trae ciertos beneficios positivos que se ven reflejados en la calidad de vida en cada una de las personas.

2.1.5 La salud mental de los adultos mayores

Ahora bien, la salud mental en la edad adulta es otro de los temas de gran importancia que se debe abordar, pues bien, esta se reconoce desde el bienestar emocional hasta la capacidad de afrontar esta nueva etapa la cual conlleva ciertos desafíos. Para poder comprender y tener una visión clara sobre esta disciplina se debe comprender la definición de salud mental. En esta investigación se utiliza la definición de Hernández (2023), quien establece que:

“La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que se piensa, siente y actúa cuando se enfrenta la vida. También ayuda a determinar cómo se maneja el estrés, las relaciones con los demás y la toma de decisiones. Además, es importante en todas las etapas de la vida, no solo cuando se envejece, puesto que contar con salud mental es garantía de bienestar, estabilidad y capacidades propias de la humanidad” (p.22).

En otras palabras, la salud mental permite darle un significado a la vida para poder vivir con satisfacción y plenitud, teniendo presente que cada persona es capaz de poder adaptarse a cada una de las situaciones presentes en su vida diaria incluso en situaciones difíciles, en este sentido está muy presente la resiliencia pues va más de adaptarse a cada etapa, poder encontrar propósitos y con ello darle sentido a la vida para seguir adelante, perseguir objetivos, logrando así un mejor bienestar emocional, psicológico y social para poder mejorar de manera individual y como sociedad.

Ahora bien, es importante reconocer esta parte de la salud mental en adultos mayores puesto que al igual que las demás personas corren el riesgo de presentar alguno de estos problemas de salud. Por lo tanto, la salud física y la salud mental son factores de gran importancia en cada una de las personas para poder tener la capacidad de disfrutar plenamente cada etapa de la vida. Tal como menciona, Carrera (2023) que:

“Una buena salud física puede mejorar la salud mental y emocional, reducir el estrés y aumentar la longevidad. Esto refuerza la noción de que el cuidado de nuestra salud física no solo nos beneficia físicamente, sino que también tiene un impacto positivo en nuestra salud mental” (p.5).

Es decir, es importante mantener y llevar un equilibrio entre estos factores puesto que influyen directamente una con la otra, cuando se cuida de la salud física se está fortaleciendo tanto el cuerpo como la mente, por lo tanto, esto permite crear una mejor calidad de vida en el adulto mayor esto le permite mantenerse activo, saludable y con ello lograr disfrutar de una vida plena y más satisfactoria. Ya que es justamente en estas edades avanzadas cuando empiezan a surgir cambios ya sea por el entorno social o físico, como aquellas personas que están bajo cuidado en asilos u otros lugares en donde cambian su estilo de vida, también pueden ser los efectos de las experiencias que han ido teniendo con el transcurso del tiempo y factores relacionados con el envejecimiento afectando su salud mental.

En relación con lo anterior, se logra reconocer la importancia de la salud mental en la edad adulta y la cual tiene un gran impacto en la calidad de vida. Teniendo en cuenta a López, Popócatl & Garza (2023) “La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida” (p.665). En este sentido, se logra comprender y conocer la necesidad de prestar atención integral a la salud de las personas mayores, no solo en términos físicos, sino también mentales y emocionales.

De tal manera, que la salud mental juega un papel fundamental aún más en la actualidad pues se ha logrado tener una visión más clara y precisa sobre este tipo de problemas de salud que enfrentan los adultos mayores y con ello se han reconocido aquellas enfermedades mentales que tienen un mayor impacto en esta edad adulta. Como afirma, Rivera, Forero & Toro (2023):

“Las enfermedades mentales propias de la edad como la demencia llevan a subdiagnosticar patologías como la depresión, trastorno de ansiedad, estados de estrés entre otros, lo que favorece al deterioro de su calidad de vida y aumento de morbilidad. Se ha encontrado que los diagnósticos de este tipo de patologías se realizan por médicos especialistas que manejan integralmente a los adultos mayores, sin embargo, es importante tener en cuenta que una gran parte de los pacientes no llegan a valoraciones especializadas, ya sea por problemas del sistema de salud, por inaccesibilidad o por pobre red de apoyo” (p.22).

De acuerdo con lo anterior, las enfermedades mentales asociadas a la vejez pueden contribuir al desarrollo de otras afecciones, como la depresión, la ansiedad y el estrés, especialmente si no se diagnostican de forma adecuada, lo cual repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes y conlleva diversas consecuencias perjudiciales.

Cabe mencionar que, los trastornos mentales son enfermedades reales, por lo tanto, se debe de recibir un tratamiento adecuado para cada uno de estos para evitar mayores complicaciones. De acuerdo con, la OMS (2022) “Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo” (p.3). Es decir, un trastorno mental son afecciones que afectan y que impactan la salud mental de las personas lo cual les

provoca ciertas alteraciones en los pensamientos, emociones y comportamientos de las personas, siendo así que es muy importante reconocer cada uno ellos.

Ahora bien, se logran rescatar algunos de los problemas mentales que generan mayor demanda de atención en los adultos mayores, puesto que como se ha mencionado los adultos sufren ciertos cambios que provocan resultados negativos, es decir, hay mayor probabilidad de que estos cambios aumenten la vulnerabilidad de las personas adultas lo que conlleva a una serie de problemas, para empezar uno de los trastornos comunes en adultos mayores es la depresión. Como afirma Morales & Alcívar (2021) que:

“La depresión es un trastorno mental, que afecta los pensamientos y comportamiento del adulto mayor, causando una alteración negativa en sus relaciones personales con las personas que lo rodean, en este trastorno lo que ocurre es que se pierden las ganas de vivir y la percepción de su entorno se vuelve negativa” (p.513).

Cabe mencionar, que a pesar de los cambios en esta etapa como el de tener menos energía no puede ser motivo para dejar de realizar algún tipo de actividad, al contrario se debe de llevar un envejecimiento activo para evitar otros problemas de salud, muchos de ellos creen que por su edad deben dejar atrás lo que realizaban, empiezan a generar ideas erróneas, no sienten tener las mismas capacidades o habilidades, creando en ellos estos estados de tristeza, prefieren estar solos generando sentimientos negativos que pueden provocar otros tipos de enfermedades por su estilo de vida que empiezan a tener, impactando negativamente en su bienestar, por ello, se debe brindar un tratamiento adecuado.

Otro tipo de los trastornos mentales que limita el bienestar y que también conlleva un gran impacto negativo es la ansiedad. Tal como señala Buitrago, Córdón & Cortés (2018) que:

“La ansiedad es definida como la respuesta emocional a una situación indeseada, que comprende tres componentes los cuales son el cognitivo, el fisiológico y las funciones motoras, en los cuales la percepción y características del individuo frente a los estímulos internos y externos es lo que genera dicha respuesta. Se observa como las alteraciones emocionales y físicas que presenta el adulto mayor pueden desencadenar, además del estrés, la inquietud frente a la situación económica, el entorno familiar y el agotamiento físico causando una preocupación excesiva., situaciones de ansiedad, además de quebrantos de salud” (p.72).

Es decir, que este tipo de trastorno es muy común en adultos mayores puesto que tiene un gran impacto en su vida, a medida que envejecen empiezan ciertos cambios físicos y mentales, lo cual muchas veces los lleva a estos estados de ansiedad, puesto que se muestran preocupados o se sienten presionados por todo lo que empieza a suceder en su vida, sin embargo, puede haber distintas causas para que puedan padecer este tipo de trastorno. Continuando con el siguiente tipo de trastorno el cual es conocido como demencia el cual es otro de los problemas de salud de los cuales la mayoría de los adultos mayores sufren en esta etapa. Tal como lo establece, Alarcón (2023):

“La demencia es un término amplio que engloba una variedad de trastornos, cada uno con su propia historia y características distintivas, desde la temida enfermedad de Alzheimer, que despoja a las personas de sus recuerdos más preciados, hasta la demencia vascular, la diversidad de manifestaciones es

notable. Es esencial comprender que la demencia no constituye una parte normal del envejecimiento y puede afectar a individuos de diversas edades, aunque es más prevalente en personas de edad avanzada. El diagnóstico y tratamiento adecuados son fundamentales para brindar apoyo a aquellos afectados por la demencia y asegurarles la mejor calidad de vida posible. Los síntomas pueden abarcar desde problemas de memoria y dificultades en la toma de decisiones hasta trastornos del lenguaje, desorientación espacial y temporal, así como cambios en la personalidad y el comportamiento” (p.4).

Por lo demás, es muy importante comprender todo aquello que se encuentre relacionado con este problema de salud para poder brindar el apoyo y cuidados necesarios para cada persona que padezca de ella. La demencia al ser progresiva, es decir, que va en aumento con el tiempo, se desarrollan otros tipos de trastornos y estos aumentan aún más si no se atienden adecuadamente afectando con mayor impacto al adulto mayor por ello la importancia de brindar el apoyo necesario.

Ahora bien, el siguiente tipo de trastorno que puede afectar de manera significativa a los adultos mayores es el trastorno bipolar. Teniendo en cuenta a, Merino (2024) menciona que: “El trastorno bipolar (TB) es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios alternantes de manía, hipomanía o depresión que puede causar interferencia y deterioro significativo en la vida de las personas que lo padecen” (p.3). En otras palabras, este tipo de trastorno conlleva a los cambios de ánimos en las personas en donde por momentos pueden estar bien y sin razón alguna su estado de ánimo empieza a cambiar de igual forma, se puede ver reflejado en los tipos de comportamientos que en ocasiones son cambiantes, sin embargo, cada persona lo puede experimentar de distinta manera.

Por otra parte, entre los factores que pueden afectar la salud mental de los adultos mayores pueden variar dependiendo de cada uno de ellos, sin embargo, entre los más comunes son los que se mencionaran a continuación. El primero es por discriminación de acuerdo con Gonzales, Luna & Gámez (2023) “La discriminación por razón de edad es un problema que afecta la participación social, la ocupación, la salud física y emocional, así como la calidad de vida de la persona mayor” (p.67).

Es decir, por motivos de la edad se establecen aspectos negativos, lo que puede afectar gravemente distintos ámbitos de su vida, entre ellos podemos encontrar a la salud mental, pues bien, es posible que entre la sociedad e incluso entre los mismos adultos se manifiesten este tipo de situaciones como establecer estereotipos negativos o mostrar rechazo por su aspecto lo cual les genera ciertas inseguridades.

El segundo factor es el aislamiento, es posible que con el paso del tiempo se enfrenten a ciertas limitaciones que no les permite tener una participación activa en actividades sociales. Es decir, al no tener esta red de interacción y no hacer uso de ella, se sienten excluidos y empiezan a sentirse solos incluso al estar rodeado de otras personas suelen sentir este tipo de sentimiento. Arruebarrena y Sánchez (2020) definen el aislamiento social y la soledad como:

“Una ausencia objetiva de relaciones/contactos sociales y la soledad como la experiencia subjetiva aversiva que se siente al valorar esas relaciones/contactos sociales como insuficiente en cantidad y/o calidad. Existen variables que pueden predecir su aparición, tanto en el entorno como en la propia persona, del mismo modo que soledad y aislamiento social pueden predecir otros fenómenos” (p.15).

De acuerdo con lo anterior, la falta de relaciones sociales y el tener ese sentimiento de soledad puede tener un gran impacto negativo en la salud mental, puesto que cuando hay una cierta relación con los demás se logra sentir el apoyo y saber que se está perteneciendo a un cierto grupo, mejorando así el estado de ánimo de cada adulto mayor, pues para ellos el sentirse acompañado y escuchados les genera tranquilidad y sentimientos positivos. También, puede estar provocando un aumento de deterioro cognitivo, es decir, al tener y llevar un estilo de vida más pasiva se aumenta el riesgo de enfermedades como la pérdida de memoria o el tener una baja autoestima, por ello se deben establecer y trabajar para crear vínculos significativos entre los adultos mayores.

2.2 Estado del arte

Continuando con este apartado del estado del arte se analizan los resultados de cuatro investigaciones que han sido publicadas recientemente y de las cuales se encuentran relacionadas al tema de esta presente investigación.

2.2.1 Calidad de vida del adulto mayor

En esta investigación titulada “Calidad de vida del adulto mayor” realizada por Pamela Vallejo Barragán en febrero 2024, se enfocó en determinar la calidad de vida en adultos mayores tanto institucionalizados y no institucionalizados.

Ahora bien, Vallejo se planteó como objetivo general de su investigación determinar el nivel de calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Ambato, por otro lado, los objetivos específicos fueron:

- Comparar la calidad de vida en adultos mayores según su sexo.
- Comparar la calidad de vida de los adultos mayores según su estado institucionalizados y no institucionalizados.
- Describir el aspecto de calidad de vida con menor y mayor media de puntuación que presentan los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Ambato.

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue en la ciudad de Ambato, llevándola a cabo con 60 adultos mayores, de los cuales 30 de ellos son institucionalizados y los demás están en condición de no institucionalizados. Tiene como base los siguientes criterios de inclusión: personas mayores a los 65 años, residan en la ciudad de Ambato, consentimiento por parte de la institución geriátrica, participación voluntaria de los adultos mayores mediante el consentimiento informado.

Cabe mencionar que la investigación se fundamenta en el paradigma positivista, mientras que el enfoque de la investigación fue cuantitativa, así mismo por medio del muestreo, la observación y el análisis. En lo que respecta al diseño es no experimental, se utilizó el alcance explicativo-correlacional, formulando hipótesis las cuales expliquen el comportamiento de las variables.

Para el desarrollo de la investigación los instrumentos para la recolección de datos fue una ficha sociodemográfica donde se evalúan variables como: zona de vivienda, edad, nivel económico y consumo de alcohol. Se utilizó la Escala World Health Organization Quality of Life versión Breve (WHOQOL-BREF).

Los resultados que se obtuvieron fue que el 66.7 % de la población tienen un nivel de calidad de vida medio mientras que el 33.3 % tiene un nivel bajo. No existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Así mismo, se determinó que los adultos

mayores no institucionalizados presentaban una mayor calidad de vida que su contraparte. Por otro lado, la media más alta se obtuvo en la dimensión de relaciones sociales mientras que la menor media de puntuación es de la dimensión de salud física, se determinó que a mayor puntaje existe una mejor calidad de vida como es el caso de la dimensión de relaciones sociales.

2.2.2 Análisis de la calidad de vida en adultos mayores de municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF

La presente investigación titulada “Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF” realizada por Annali Quintanar Guzmán en noviembre 2010, se enfocó en medir la representación social que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida.

Ahora bien, dentro de la investigación el concepto de calidad de vida se tomó sumamente importante para conceptualizar estas situaciones y justificar distintas propuestas de solución. Además, por sí misma la calidad de vida de los adultos mayores entendida como la presencia de determinados cambios físicos presentados en mayor y menor medida, modificados por el proceso de la etapa adulta o por enfermedad, dieron un impulso adicional a la elaboración del concepto.

De igual manera, en este contexto que se va integrando un concepto de calidad de vida con una serie de componentes entre los que se han destacado, el espiritual, religioso, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico. De una conceptualización que se interesa exclusivamente al lado material del bienestar como consumo, pensar la calidad de vida ha devenido reflexión sobre lo humano, la vida humana y la no humana, los factores físicos, espirituales, sociales y culturales.

Por lo tanto, la investigación sigue un protocolo de investigación observacional descriptiva-cualitativa en el periodo septiembre-octubre 2010. Ahora bien, los instrumentos de recogida de datos que se utilizaron durante la investigación fueron principalmente; período de observación y la escala WHOQOL-BREF de acuerdo a cuatro dominios, siendo estos: dominio físico, dominio psicológico, dominio social y dominio del entorno.

Dicha investigación tuvo como objetivo general analizar la representación social de la calidad de vida de los adultos mayores integrantes del grupo “Nuevo amanecer” del Sistema DIF municipio Tetepango, Hidalgo; mediante una investigación observacional-descriptiva-cualitativa en el periodo septiembre-octubre 2010. Así también teniendo objetivos específicos:

- Explorar la percepción del adulto mayor acerca de la calidad de vida y las relaciones familiares.
- Conocer las representaciones sociales que tiene el adulto mayor respecto de su calidad de vida.
- Analizar las prácticas que lleva a cabo la familia para brindarle calidad de vida al adulto mayor.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento WHOQOL.BREF, se pudieron considerar las siguientes conclusiones:

1. En este estudio se pudo establecer que la presencia de alguna enfermedad referida por los adultos mayores en el dominio físico es de un 70% y a su vez es reconocido que las personas de la tercera edad sufren más enfermedades crónicas.

2. En cuanto a los factores psicológicos, la necesidad de ser escuchados por la familia y la comunidad fue lo más frecuente que pudiera estar influido por la rapidez de la vida moderna, la falta de tiempo, problemas intergeneracionales, carencia de afecto y comprensión. Igualmente, la pérdida de roles provoca pérdida de autoestima y de autoridad, ambos factores con 60%. Los sentimientos de soledad y aislamiento social se explican por la disminución de contactos familiares e interpersonales.

Otros factores psicológicos, temor a enfermarse, preocupación por pérdidas de familiares y amigos, manifestaciones de intranquilidad, desasosiego, manifestaciones de tristeza, de llanto, temor a la muerte y no poder estar con sus hijos y nietos, cuando estos los necesiten.

3. Entre los factores sociales auto percibidos por los adultos mayores, fue la necesidad de comunicación social que alcanza un 30%, sobre todo con personas de su edad, hijos y nietos. La jubilación constituye un acontecimiento vital, que requiere ajustes por parte del individuo, pues disminuye los contactos sociales y afecta más al hombre que a la mujer. Los problemas en la dinámica familiar, importante factor social, ya que existe incompreensión al adulto mayor, menos disponibilidad para atenderlo por la incorporación de la mujer al trabajo, migraciones, reducción de la natalidad.
4. En los factores del entorno mostraron el 80% de insatisfacción en este dominio concerniente a la falta de medicamentos, insuficientes ingresos económicos, poco apoyo comunitario, dificultades para la recreación y adquisición de alimentos, poca privacidad en la vivienda. Por eso desean tanto asistir a grupos de abuelos y actividades acorde a sus gustos.

2.2.3 Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá

Este documento titulado la Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá, elaborada por Celeiro Tatiana María y Galizzi María Paula.

El objetivo general de la presente investigación fue explorar la calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá. Mientras que los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Describir la percepción de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.
- Determinar si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados.

Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Nagoyá, para ello se tomaron muestras en las Residencias Gerontológicas colectivas de larga estadía de la ciudad: “Asilo Hogar Vivanco”, Asilo “Los abuelos” y en la Pensión “Santa Teresita”.

En relación con los adultos mayores no institucionalizados, se seleccionaron de manera específica a aquellos que formaran parte de este rango de edad y no presentaran deterioro cognitivo. En cuanto al muestreo, el mismo fue intencional no probabilístico, con un total de 40 adultos mayores, 20 institucionalizados y 20 no institucionalizados, el 37,5% correspondía al sexo masculino y 62,5% restante al sexo femenino.

Por lo tanto, dicho estudio fue cuantitativo, siguiendo un diseño de tipo descriptivo, comparativo y transversal. El instrumento para recabar la información acerca de las variables, se administró la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, para el tratamiento y análisis de datos cuantitativos se utilizó el programa estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versión 22 para sacar estadísticos descriptivos (porcentajes, medias, etc.) e inferenciales (comparaciones de medias y correlaciones de Pearson).

En cuanto a los resultados, se encontró que los adultos mayores, en el total de la muestra, perciben su calidad de vida como "buena", según el instrumento, con un puntaje superior a los 3 puntos tanto en la Calidad de Vida Global como en los dominios propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, a saber: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. En referencia a si la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores varía por sexo, edad y estar o no institucionalizados, en primera instancia se encontró que, si bien las mujeres registraron medias levemente superiores en todos los casos, no existen diferencias significativas evaluado a un valor probabilístico $p5$ en la percepción de la calidad de vida con relación al sexo.

Por otro lado, con el fin de determinar si la calidad de vida varía acorde a la edad, se llevó a cabo un análisis en donde se encontró que los coeficientes muestran correlaciones negativas denotando que a mayor edad se perciben menores valores en la escala de calidad de vida, pero estas correlaciones no fueron significativas estadísticamente.

Por último, con el objetivo de determinar si la percepción de la calidad de vida en adultos mayores varía al estar o no institucionalizados, se concluyó que los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá perciben mejor calidad de vida en relación a los institucionalizados, en el dominio de Salud Física y en los dominios de

Calidad de Vida Global, Salud Psicológica y Medio Ambiente, sin encontrar diferencia significativa en el dominio de Relaciones Sociales que se mantiene similar en ambos grupos.

2.2.4 Calidad de vida de los mayores que viven en residencias para mayores: un análisis cuantitativo

Respecto a esta investigación titulada “Calidad de vida de los mayores que viven institucionalizados en residencias para mayores: Un análisis cuantitativo” abordada por Esther Acevedo Alcaraz. Este estudio se enfocó en cuantificar algunos aspectos tanto objetivos como subjetivos de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en residencias, comparándola con la obtenida en una población similar que permanecen viviendo en compañía de sus propias familias; en un intento de valorar las necesidades reales que nos permitan elaborar formas de intervención social que mejoren los problemas de integración de estos mayores dentro y fuera de estas instituciones.

Por lo tanto, se plantearon como objetivos: comparar la calidad de vida, capacidad funcional, el grado de dependencia y los síntomas depresivos de las personas mayores institucionalizadas en residencias comparándolas con los mayores que residen junto a sus familiares.

Dicha investigación se llevó a cabo en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Entre enero de 2011 y enero de 2014 se han entrevistado 400 personas mayores de 60 años con dos características diferentes: a) Personas mayores institucionalizadas en residencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (300 personas entrevistadas). b) Personas mayores de similares características socioculturales que residen habitualmente con su familia (100 personas entrevistadas); analizando las

capacidades físicas, las alteraciones psicológicas, los problemas de integración social y la calidad de vida que presenta.

Por lo tanto, los entrevistados eran de ambos sexos con un predominio del sexo femenino (65% mujeres, 35% hombres) y edades comprendidas entre 60 y 102 años (edad media=77.8 años). Cabe mencionar que de acuerdo con la recogida de datos se realizó a través de una entrevista personalizada de los autores, mediante la realización de un cuestionario que comprende 77 preguntas que recogen los índices y cuestionarios estandarizados que se pretenden evaluar. Cabe resaltar que, se han estudiado diferentes variables como: Variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo, estado civil, asistencia social, número de hijos, pensiones.

Se desarrolló una investigación de tipo cuantitativa en donde se implementó la realización de un cuestionario que recoge tres índices diferentes (Barthel Index, escala de Yesavage y cuestionario WHOQOL-OLD) para evaluar el grado de dependencia de las personas. Mientras que el análisis estadístico ha consistido en el estudio del grado de dependencia y correlación entre variables mediante análisis de varianza complementado por el contraste de medias. Las variables cuantitativas se compararon mediante análisis de regresión y correlación lineal. Los resultados se consideraron estadísticamente significativas a un valor de p de menos de 0.01 ($p < 0.01$).

De acuerdo con los resultados se muestra que el perfil de la persona mayor que vive en una residencia para mayores es una mujer entre 70 y 89 años, que no tiene pareja (viuda o divorciada), con algún hijo, estudios básicos, ingresos inferiores a 600€/mes, que vive permanente en la residencia compartiendo habitación con otra persona y presenta una significativa dependencia física/psicológica. Se ha determinado una reducción significativa de la calidad de vida de las personas mayores que viven en residencias ($p < 0.001$), respecto a los mayores que conviven habitualmente con sus

familiares. Se muestran que el grado de dependencia física y/o psicológica de nuestros mayores es el factor determinante para su ingreso en una residencia para mayores en nuestra comunidad ($p>0.001$).

La puntuación obtenida en el cuestionario de Calidad de Vida en las personas mayores de la OMS (WHOQOL-OLD) es significativamente inferior en los mayores institucionalizados en residencias (33 ± 14 puntos) que la determinada en los mayores que habitan con sus familias ($54,7\pm12,1$) apreciándose diferencias estadísticamente significativas.

Ahora bien, mediante el índice de Barthel, que valora la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma autónoma, los resultados muestran un grado severo o total de dependencia en el 47.2 % de los pacientes que viven en residencias; mientras que sólo el 15.2% de los residentes son completamente autónomos, apreciándose diferencias significativas respecto a los mayores que viven con sus familias.

Mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage que evalúa los trastornos psicológicos y la prevalencia de los síntomas depresivos en las personas mayores, hemos determinado que el 47% de la población institucionalizada en residencias un grado leve (32%) o establecido (15%) de síntomas depresivos; no apreciando diferencias significativas en comparación con las personas que viven con su familia. Sin embargo, nuestros resultados muestran un menor número de características "normales" en los ancianos que viven en residencias en comparación con los que viven con sus familias ($p<0.01$).

CAPÍTULO III. APARTADO METODOLÓGICO

3.1. Variables

3.1.1. Variables independientes

“Una configuración familiar puede ser definida como la constitución, en términos demográficos, de la familia y refiere además a la distribución de roles dentro del sistema, a la comunicación inter-subsistemas, la estructura familiar y las reglas que lo regulan” (Guatrochi, 2020, p.12).

“El trayecto laboral puede ser definido como las distintas etapas por las que pasa un individuo al finalizar su formación o al insertarse en el circuito laboral” (Ferrari, 2018, p.3).

“La Salud Física, debe entenderse como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo; con nuestro caparazón y vehículo el cual nos ha transportado desde el día que nacimos y lo hará hasta el día de nuestra muerte. Para asegurarnos de que sí vamos a llegar lo más lejos posible en la vida, tenemos que cuidar a nuestro cuerpo de la mejor manera. Dicha salud física, se logra con ejercicio o deporte, buena alimentación y con una buena salud mental” (Velázquez, 2013, p.2).

“La salud mental se basa mucho más que a la ausencia de trastornos mentales, es la capacidad de adaptarse al contexto, de manera que la persona como tal se sienta bien consigo mismo, a pesar de las circunstancias ambientales, sociales o económicas” (Tomalá, 2021, p.15).

3.1.2. Variables dependientes

Calidad de vida

“La calidad de vida se refiere al bienestar óptimo entre las cinco dimensiones de la salud (física, mental, emocional, social y espiritual) que caracteriza a ciertos grupos sociales o comunidades. Incluye, también, la integración familiar, participación comunitaria activa, apropiada calidad ambiental y lograr establecer estilos de vida adecuados, tales como la práctica de ejercicios físicos regulares y actividad física, buena alimentación, entre otros” (Lopategui, 2016, p. 4).

3.2. Diseño de la investigación

El método de la investigación es de tipo a ex post facto, de acuerdo con Hernández et al. (2009) “La investigación no experimental es un parteaguas de un gran número de estudios cuantitativos como las encuestas de opción (surveys), los estudios ex post-facto retrospectivos y prospectivos, etc.” (p.206). De igual manera, Hernández et al. (2009) menciona que: “La investigación no experimental también se conoce como investigación ex post facto (los hechos y variables ya ocurrieron), y observa variables y relaciones entre estas en su contexto natural” (p.226). En efecto, este tipo de diseño de investigación es una herramienta útil para la presente investigación puesto que, permitirá estudiar hechos que ya han ocurrido, recopilando datos de un cierto grupo de personas.

3.3. Elección de la población

Adultos mayores de una residencia que se encuentra ubicada en el municipio de Tulancingo de Bravo Hidalgo. El consentimiento para la realización de la investigación se otorgó por parte de la directora de la residencia, de igual manera se identificaron a los adultos mayores de acuerdo con sus características de cada uno, con el fin de obtener la mayor información posible ya que no todos los adultos mayores se encontraban en condiciones de participar, por lo tanto, la participación fue de manera voluntaria. Cabe

mencionar que, la residencia se encuentra habitada por 26 adultos mayores no obstante no fue posible trabajar con todos los adultos mayores puesto que se realizó un muestreo probabilístico.

Por lo tanto, en esta tesis originalmente era describir 13 casos de los adultos mayores, sin embargo, se presentaron dificultades a la hora de aplicar los instrumentos, ya que no se logró obtener respuesta por parte uno de los sujetos. Si bien, se continuó con la implicación de 12 adultos mayores.

3.3.1. Muestra

En estricto sentido, no se llevó a cabo un muestreo probabilístico para la asignación aleatoria de los sujetos del estudio, ello debido a las características de la población, pues es un grupo cautivo de adultos mayores, quienes se encuentran asilados en una institución. Por lo que la muestra es considerada a conveniencia de la investigación, pues es un grupo conformado de 12 adultos mayores de 65 a 93 años de edad, de ellos, tres son varones y nueve son mujeres, todos ellos se encuentran como residentes en la Fundación Nicolás García De San Vicente, ubicada en el municipio de Tulancingo de Bravo, Hidalgo.

3.3.2. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que permanecen en la residencia Fundación Nicolás García De San Vicente, que tengan la capacidad de comprender y responder las preguntas para la recolección de datos.

3.3.3. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no tengan la capacidad de comprender y responder las preguntas para la recolección de datos.
- Adultos que no deseen participar de manera voluntaria en el estudio.

3.3.4. Criterios de eliminación

- Adultos mayores que no respondieron por completo alguna de las escalas utilizadas para la recolección de datos.

3.3.5. Escenario

Una residencia para el adulto mayor conocida como Fundación Nicolás García de San Vicente, es una institución privada de asistencia social sin fines de lucro, la cual se encuentra ubicada en el municipio de Tulancingo de Bravo, en la calle Libertad Oriente, centro, C.P.43600. La residencia ofrece diferentes alternativas para la estancia de los adultos mayores puede ser de manera temporal o permanente, cuya misión es brindar atención integral de calidad con un ambiente familiar y de respeto. Actualmente brinda sus servicios a 26 usuarios de los cuales 11 son hombres y 15 mujeres.

3.3.6. Materiales

Para recoger la información y poder identificar como influye cada variable establecida como lo es la configuración familiar, el trayecto escolar, la salud física y la salud mental en los adultos mayores, se implementaron los siguientes instrumentos que se describen a continuación.

- Carta de consentimiento informado
- Escala sobre configuración familiar para adultos mayores.
- Escala sobre el trayecto o historia laboral.
- Escala de Indicadores de la salud física en adultos mayores.
- Inventario de ansiedad de BECK.
- Inventario de depresión de BECK (BDI).

- **Carta de consentimiento informado**

Es un documento en el que se establece la autorización por parte del adulto mayor para participar en la recolección de la información, de esta forma se le informa el objetivo de la investigación, además de garantizarles que toda la información obtenida será de uso confidencial con fines exclusivamente de investigación, para ello la autorización se emite con el nombre y firma del adulto mayor que participa en el proceso (Ver apéndice 1).

- **Escala sobre configuración familiar para adultos mayores**

Se diseñó una escala con base a cinco preguntas, cada una con cuatro opciones de respuestas posibles a excepción de la última pregunta que es más personal dependiendo de la situación de cada adulto, puesto que se establece en relación con sus hijos por ejemplo donde viven, edades y ocupaciones. Otros aspectos que se manejan de acuerdo con su configuración familiar antes de entrar a la residencia, cuántos hijos tuvo, visitas, quien se hace cargo de los gastos. Dicha escala pretende identificar el tipo de configuración familiar al que pertenecen doce adultos mayores que se encuentran viviendo en la residencia Fundación Nicolás García de San Vicente (ver apéndice 2).

- **Escala sobre el trayecto laboral**

Esta escala se encuentra estructurada con cinco preguntas las cuales están enfocadas en conocer como fue el trayecto laboral de cada uno de los adultos mayores, rescatando así a que se dedicaron la mayor parte de su vida, que trabajos desempeñaron, si fueron pensionados, el tiempo que laboraron y el sueldo en caso de haber trabajado. Con ello, poder determinar de qué manera los trayectos laborales se relacionan con los índices de la calidad de vida de los adultos mayores (Ver apéndice 3).

- **Escala de Indicadores de la salud física en adultos mayores.**

La escala se encuentra diseñada con datos generales del adulto mayor, posteriormente se establecen las preguntas que están relacionadas con base a los aspectos de la salud física de la población adulta, por ejemplo si alguno de los adultos mayores padece algún tipo de enfermedad, si llevan a cabo alguna actividad física en caso de que la respuesta es sí se deben describir cuales son dichas actividades y por ultimo si llevan algún tipo de dieta, por lo tanto, cada pregunta tiene cuatro opciones de respuestas posibles en caso de que ninguna de estas coincida se da la opción de escribir su propia respuesta. De tal manera que, la presente escala permitirá conocer los estados de salud física de cada uno de los adultos mayores que se encuentran en la residencia (Ver apéndice 4).

- **Inventario de ansiedad de BECK**

“Fue desarrollado por Beck en 1.988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad” (Sanz, Vallar & Hernández, 2011, p.6).

Se trata de un instrumento que permite evaluar en los adultos mayores la intensidad de la ansiedad y sus síntomas asociados. Consta de 21 preguntas que se enfocan en síntomas somáticos y cognitivos de la ansiedad, como la sensación de entumecimiento, dificultad para respirar, sensación de pérdida de control, temblores, entre otros. De acuerdo con la escala de respuesta cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas: 0: En absoluto, 1: Levemente, 2: Moderadamente y 3: Severamente.

La suma de las puntuaciones de los ítems varía de 0 a 63, con puntuaciones más altas que indican una mayor gravedad de los síntomas de ansiedad. Las puntuaciones de la siguiente manera: 0-7: Ansiedad mínima, 8-15: Ansiedad leve, 16-25: Ansiedad moderada, 26-63: Ansiedad grave (Ver apéndice 5).

- **Inventario de depresión de BECK (BDI)**

“Este cuestionario autoadministrado, compuesto por veintiún preguntas de opción múltiple es un instrumento sumamente popular para medir la intensidad de la depresión en un paciente psiquiátrico ya diagnosticado. Fue creado en 1961 por Aaron Beck, el médico psiquiatra padre de la terapia cognitivo-conductual” (Luzzolino,2024 p.2).

Es un instrumento que consta de 21 preguntas las cuales evalúan síntomas emocionales, cognitivos, conductuales, y físicos de la depresión. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta, que varían de 0 el cual se relaciona con la ausencia de síntomas, a 3 que es la presencia intensa de síntomas. La suma de las puntuaciones de todos los ítems varía de 0 a 63, donde los valores más altos indican una mayor gravedad de los síntomas depresivos.

Para ello, se realiza una interpretación de la puntuación total la cual se clásica de la siguiente manera:

- 0-13: Mínima o ausencia de depresión
 - 14-19: Depresión leve
 - 20-28: Depresión moderada
 - 29-63: Depresión grave
- (Ver apéndice 6).

No obstante, es importante mencionar que, para la creación de los Instrumentos propios no hubo un pilotaje para establecer la validez estadística, sin embargo, si se construyen criterios para validar los contenidos de las escalas de la configuración familiar, el trayecto laboral y la salud física. Porque no hubo acceso de un grupo piloto ya que no se nos fue posible acceder a otro asilo para tomarlos.

Mientras que la validez de contenido se determina con base a la presentación formal de la escala con ubicación institucional, logos, nombres, edades, instituciones, factores y todo ello sometido a una evaluación por un experto. Para la validez de contenido las escalas de calidad de vida se diseñaron con base y factores. Cada factor es valorado por igual número de 6 Ítems distribuidos de manera por distante e intercalado.

3.3.7. Procedimiento

Para la recolección de la muestra se estableció una conversación con la directora con el fin de darle a conocer el objetivo de la investigación y con ello obtener su autorización para poder llevar a cabo la aplicación de los instrumentos diseñados. Por lo que solicitó una carta de presentación para poder ingresar a la residencia y de igual forma se diseñó una carta de consentimiento y confidencialidad las cuales fueron entregadas a la directora de la residencia.

Posteriormente se analizó e identificó quienes de los adultos podrían participar con ello se configuró un grupo de 12 adultos mayores, puesto que algunos ya no se encuentran en condiciones de poder brindar la información requerida para la investigación. Por lo tanto, se pidió la autorización de cada adulto mayor y sin problema alguno accedieron a participar de igual forma, se establecieron los días que se estarían aplicando los instrumentos, ya que se sugirió por parte de la encargada del lugar, que se aplicaran los fines de semana, dado que son los días con menos actividades para los adultos mayores.

Ahora bien, durante el proceso de aplicación de los instrumentos se realizó en orden a cada uno de los adultos mayores. De tal manera que, la aplicación de las cédulas y los instrumentos, es decir, las escalas se realizaron por las dos autoras de la tesis.

3.4. Tratamiento estadístico de los datos

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el SPSS (por sus siglas en inglés Statistic Program For Sciences Social) 21.0, y se llevaron a cabo los siguientes niveles de análisis:

3.4.1. Determinación de frecuencias y porcentajes

- Para la descripción de las características sociodemográficas de la muestra (edad, género, estado civil, ocupación, grado escolar, número de hijos, lugar de residencia, etc.): frecuencias y porcentajes.
- Para la identificación de las formas de configuración familiar de los adultos mayores: frecuencias y porcentajes.
- Para determinar los trayectos laborales de los 12 adultos mayores: frecuencias y porcentajes.
- Para identificar las características de la salud física de los 12 adultos mayores: frecuencias y porcentajes.
- Para establecer los niveles de salud mental de los participantes en la investigación: frecuencias y porcentajes.

3.4.2. Tablas de contingencias

- Entre algunas características sociofamiliares con el trayecto laboral.
- Entre el trayecto laboral con la salud física.
- Entre la salud física con la salud mental.

3.4.3. Coeficiente de correlación

Dado que el número de sujetos que participaron en el estudio son 12, para establecer el grado en que las variables independientes influyen sobre la variable dependiente, es decir, la calidad de vida, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman Brown, para menos de 30 casos.

- Para determinar el grado en que algunas características sociofamiliares influyen en la calidad de vida de los 12 participantes del estudio.
- Para establecer la forma en que la configuración familiar influye sobre la calidad de vida de los participantes en el estudio.
- Para establecer la manera en que el trayecto laboral determina la calidad de vida de los adultos mayores.
- Para identificar la forma en que la salud física influye sobre la calidad de vida de los adultos mayores.
- Para establecer la relación que existe entre la salud mental y la calidad de vida de los participantes.
- Para determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores.

3.5 Análisis y discusión de resultados

Para el análisis estadístico de los resultados con base al programa SPSS (por sus siglas en inglés Statistic Program For Sciences Social) versión 21.0, se realizaron los siguientes análisis de frecuencia y porcentajes:

- **Tablas y gráficas de frecuencias y porcentajes**

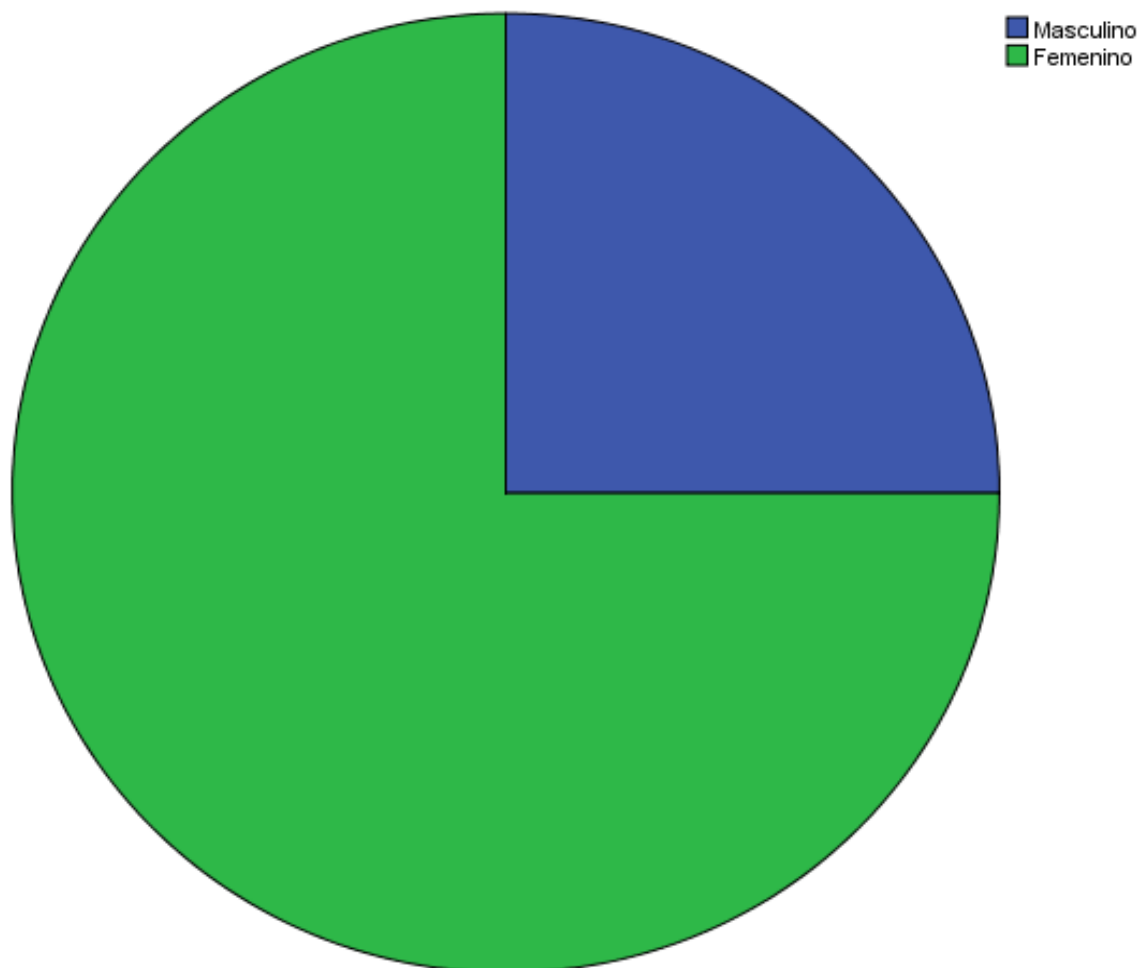
Tabla 1. Edad de los adultos mayores

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
71-80 años	6	50.0	50.0	50.0
81-90 años	5	41.7	41.7	91.7
91-93 años	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número uno se establecen los rangos de edad de los doce adultos mayores, se logra observar que 6 de ellos tienen entre 71 y 80 años, mientras que 5 adultos mayores tienen entre 81 y 90 años y solo 1 adulto mayor se encuentra entre el rango de 91 y 93 años.

Gráfica 1. Sexo biológico



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En cuanto al género de los doce adultos mayores se logra rescatar en gráfica número uno que tan solo 3 de los adultos mayores son hombres lo cual equivale a un 25.0%, mientras que 9 son mujeres lo que es igual a un 75.0%.

Tabla 2. Situación conyugal

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Solteros	5	41.7	41.7	41.7
Divorciados	1	8.3	8.3	50.0
Unión libre	1	8.3	8.3	58.3
Viudos	5	41.7	41.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Ahora bien, en la tabla número 2 se reconoce la situación conyugal de los doce adultos mayores, rescatando así los siguientes datos: 5 mujeres se encuentran solteras siendo esto un 41.7%, solo 1 hombre es divorciado lo que equivale a 8.3%, mientras que 1 de los adultos mayores de sexo masculino se encuentra en unión libre siendo esto un porcentaje de 8.3%, por último 5 son viudos lo mismo que en porcentaje es un 41.7%, del cual cuatro son mujeres y solo 1 hombre.

Tabla 3. Oficio o actividad que desempeño durante su vida laboral

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Profesionista	2	16.7	16.7	16.7
Ama de casa	6	50.0	50.0	66.7
Oficio	4	33.3	33.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

De acuerdo con la tabla número 3, se logra observar la ocupación de los doce adultos mayores que desempeñaron durante su vida laboral, los datos rescatados demuestran que tan solo 2 mujeres fueron profesionistas siendo esto un 16.7%, una de ellas fue enfermera y otra se dedicó a ser maestra de inglés, por otro lado, otras 6 de ellas fueron ama de casa lo que equivale a un 50.0% y otras 4 personas desempeñaron un oficio durante su vida laboral dando un 33.3%, en este se incluye a tres hombres y una sola mujer.

Tabla 4. Nivel de estudios

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin estudios	4	33.3	33.3	33.3
Primaria	2	16.7	16.7	50.0
Secundaria	1	8.3	8.3	58.3
Preparatoria	3	25.0	25.0	83.3
Universidad	2	16.7	16.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Continuando con la tabla número 4 que es con base al nivel de estudios se logra observar que tan solo 4 de ellos no tienen ningún nivel de estudios representando un 33.3%, en cual se encuentran dos mujeres y dos hombres, mientras que 2 personas cuentan con primaria concluida lo que es igual a un 16.7%, en este rango tan solo es una mujer y un hombre. Ahora bien, tan solo 1 mujer cuenta únicamente con nivel secundaria esto es un 8.3%. 3 mujeres cuentan con la preparatoria concluida siendo un porcentaje de 25.0% y por último 2 mujeres estudiaron la universidad lo que es equivalente a un 16.7%.

Tabla 5. Número de hijos que procreo

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin hijos	4	33.3	33.3	33.3
1-3	5	41.7	41.7	75.0
4-5	2	16.7	16.7	91.7
5 o más	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Mientras que, en la tabla número 5 se logra reconocer los datos sobre el número de hijos que procreo cada uno de los adultos mayores, para ello se rescata que 4 adultos mayores no tuvieron hijos siendo esto un 33.3 %, mientras que 5 de ellos tuvieron de 1 a 3 hijos que es igual a un 41.7%, ahora bien, tan solo 2 adultos mayores tuvieron de 4 a 5 hijos equivalente a un porcentaje de 16.7% y únicamente 1 adulto mayor tuvo entre cinco o más hijos esto es un 8.3%.

Tabla 6. Residencia de los hijos

Residencia de los hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tuvo hijos	4	33.3	33.3	33.3
Dentro del municipio	3	25.0	25.0	58.3
En el estado	2	16.7	16.7	75.0
En el país	1	8.3	8.3	83.3
En el extranjero	2	16.7	16.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

De acuerdo con los datos sobre la residencia de los hijos de los doce adultos mayores que se muestra en la tabla número 6 se interpreta lo siguiente: 4 de los adultos mayores no tuvieron hijos esto es un porcentaje de 33.3%, 3 de los adultos mayores tienen a sus hijos viviendo dentro del municipio esto es igual a un 25.0%, mientras que solo 2 se encuentran viviendo en el estado equivalente a 16.7% y solamente 1 adulto tiene hijos que se encuentran viviendo en el país siendo igual a un 8.3%, por último 2 de los adultos mayores tienen hijos viviendo en el extranjero esto es un 16.7%. Con ello se logra observar que la mayoría de los adultos mayores tienen a sus hijos viviendo fuera del municipio de Tulancingo de Bravo.

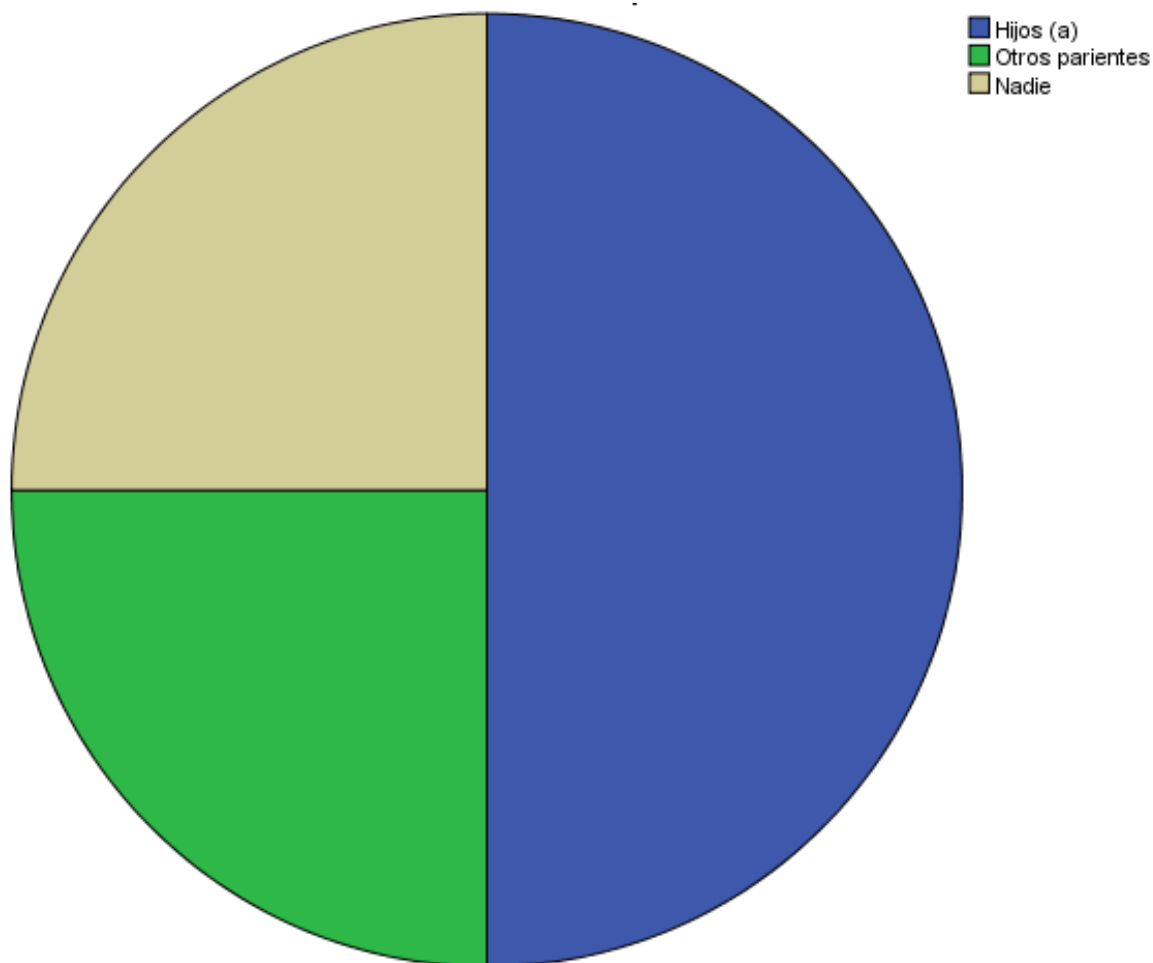
Tabla 7. Configuración familiar antes de la decisión de internarse en un asilo

Configuración Familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pareja	2	16.7	16.7	16.7
Pareja e hijos	2	16.7	16.7	33.3
Únicamente hijos	3	25.0	25.0	58.3
Otros parientes	5	41.7	41.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 7 se señala acerca de la configuración familiar de los doce adultos mayores antes de tomar la decisión de internarse en la residencia a lo cual los resultados fueron los siguientes: 2 de los adultos mayores se encontraban viviendo con su pareja esto es un porcentaje de 16.7%, otros 2 estaban con pareja e hijos que es igual a un 16.7%, mientras que otros 3 de los adultos mayores se encontraba viviendo únicamente con sus hijos equivalente a un 25% y por último 5 de los adultos mayores se encontraban viviendo con otros parientes esto es igual a un porcentaje de 41.7%.

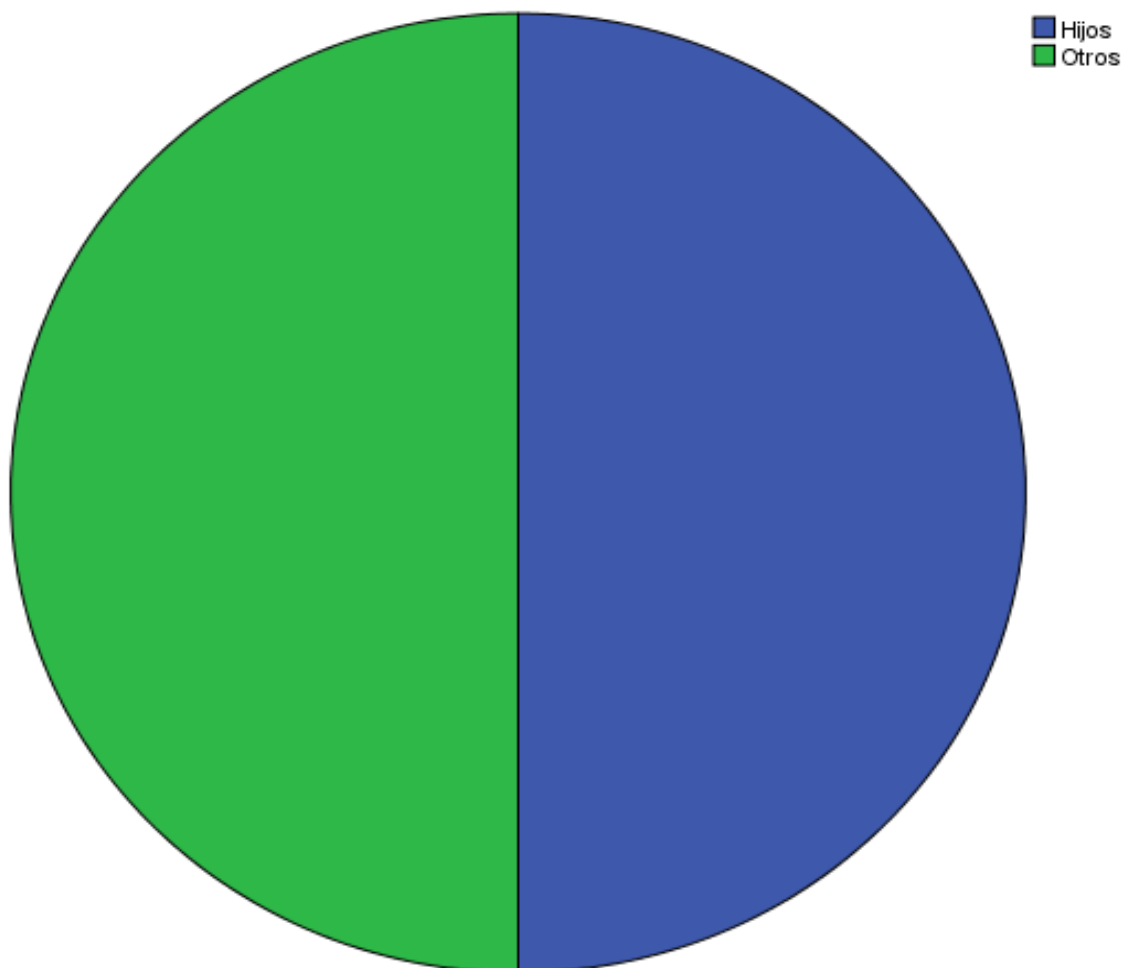
Gráfica 2. Personas que lo visitan



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Los datos de la gráfica 2 demuestran que personas visitan a los adultos mayores que se encuentran en la residencia, para ello se logra observar que 6 de los adultos reciben visitas por parte de sus hijos (a) esto es un 50.0%, mientras que tan solo 3 reciben visitas de otros parientes equivalente a un 25.0% y por último se obtuvo que hay 3 de los adultos mayores que nadie los visita esto es un porcentaje de 25%. Por lo cual, se logra analizar que la mayoría de los adultos mayores son visitados por algún familiar.

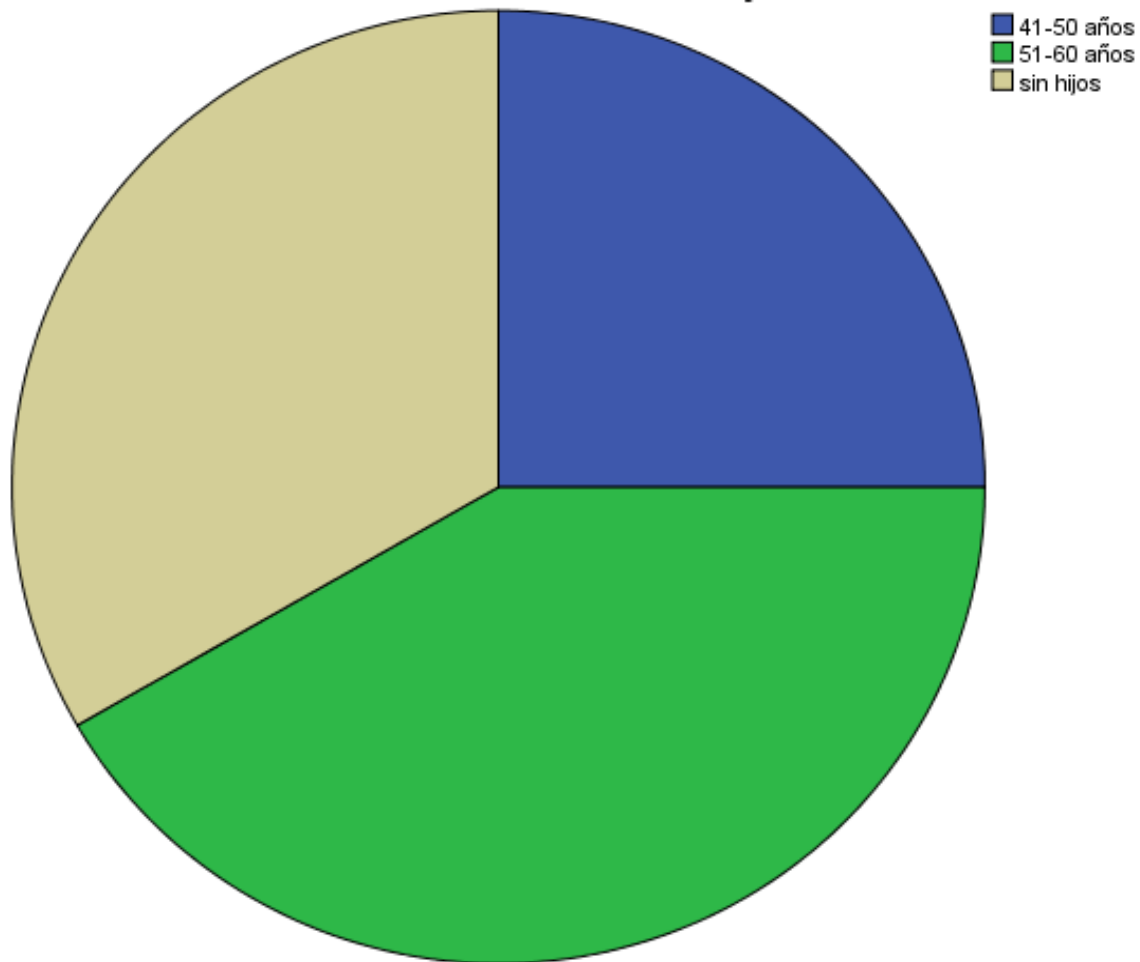
Gráfica 3. Personas que se hacen cargo de los gastos



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

La gráfica 3 es con base a aquellas personas que se hacen cargo de los gastos del adulto mayor en la residencia a lo cual, los resultados fueron que: 6 de los adultos mayores sus gastos son pagados por sus hijos lo cual es un 50.0 %, mientras que los otros 6 son pagados por otras personas entre ellas están sus parientes, hermanos, sobrinos, el DIF, representando un 50.0%.

Gráfica 4. Edad de los hijos



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Ahora bien, de acuerdo con la gráfica número 4 se describe la edad de los hijos de los doce adultos mayores para lo cual, se señala que 3 de los adultos mayores tienen hijos entre 41 a 50 años esto es un porcentaje de 25.0%, mientras que 5 de los adultos mayores sus hijos tienen entre 51 a 60 años lo cual equivale a un 41.7%, por último, como ya se había mencionado se encuentran 4 adultos mayores que no tuvieron hijos esto es parte de un 33.3%.

Tabla 8. Oficio o actividad que desempeñan los hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Profesionista	2	16.7	16.7	16.7
Oficio	6	50.0	50.0	66.7
sin hijos	4	33.3	33.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 8 se muestra la frecuencia y porcentaje de acuerdo con el oficio o actividad que desempeñan los hijos de los adultos mayores, contemplando si son profesionistas, implementan algún oficio, de igual manera se encontraron que algunos adultos no tienen hijos. Así que en dos adultos sus hijos son profesionales siendo un 16.7%, en seis adultos sus hijos se dedican en algún oficio con un 50 % y en cuatro adultos se encontró que no tienen hijos esto mismo es un 33.3%.

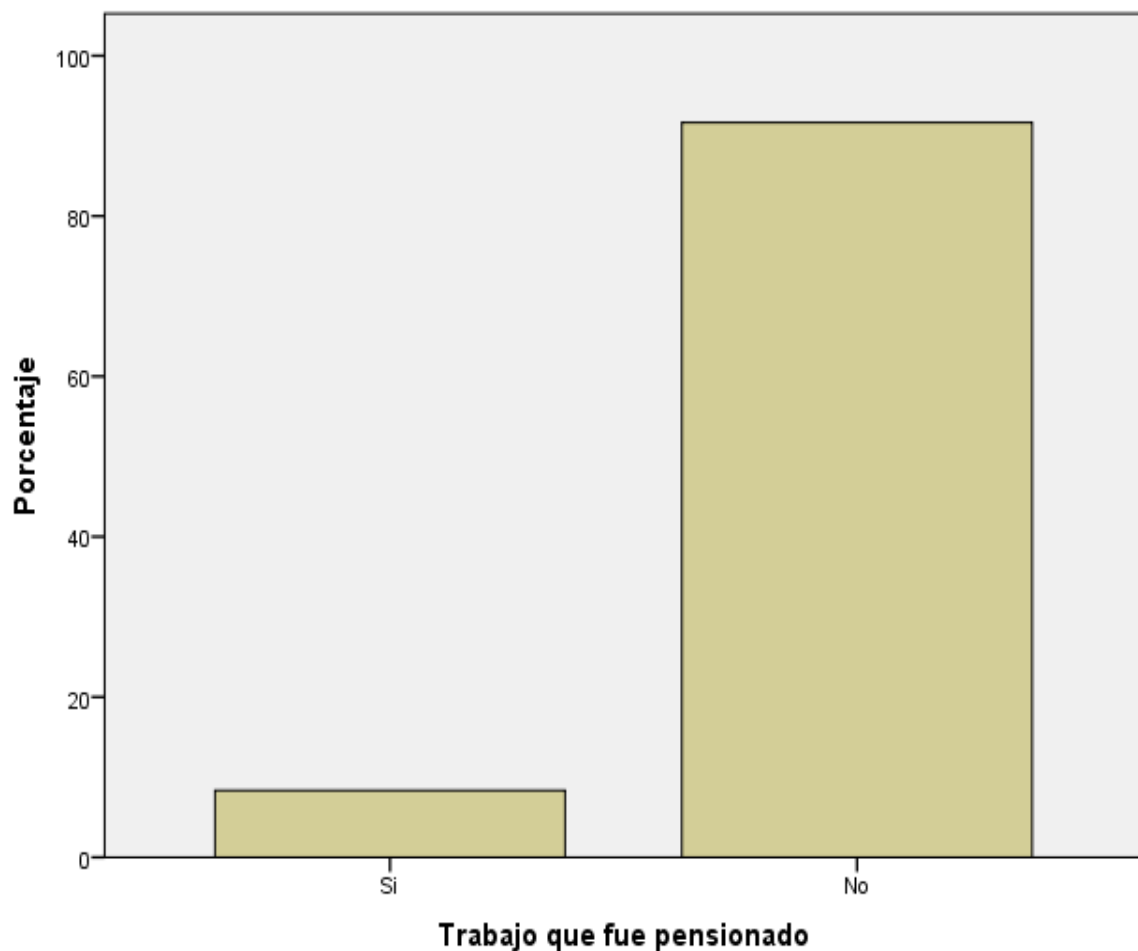
Tabla 9. Tipo de trabajo que desempeño la mayor parte de su vida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Profesionista	2	16.7	16.7	16.7
Ama de casa	4	33.3	33.3	50.0
Oficio	6	50.0	50.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 9 se presenta el tipo de trabajo que desempeño la mayor parte de su vida los doce adultos mayores. En profesionista se encuentra una frecuencia de 2 adultos mayores y un porcentaje de 16.7%, mientras que en ama de casa se tiene una frecuencia de 4 adultos mayores y un porcentaje de 33.3%, por último, siendo el oficio que tiene en frecuencia 6 adultos y un porcentaje de 50%.

Gráfica 5. Trabajo que fue pensionado



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica 5, se establece si el adulto mayor fue pensionado en el trabajo que desempeño durante su vida, dando cuenta que solo 1 adulto mayor fue pensionado siendo el 8.3%, mientras que los otros 11 adultos mayores no lo fueron representando un 91.7%.

Tabla 10 Tiempo que trabajo durante su vida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca trabajó	3	25.0	25.0	25.0
Menos de 10 años	1	8.3	8.3	33.3
De 11 a 20 años	1	8.3	8.3	41.7
De 21 a 30 años	2	16.7	16.7	58.3
De 31 a 40 años	1	8.3	8.3	66.7
Más de 40 años	4	33.3	33.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 10 se presenta el tiempo que los adultos mayores trabajaron durante su vida, de los cuales 3 adultos mayores nunca trabajaron, siendo un 25%, 1 adulto mayor trabajo menos de diez años contando con un 8.3%, 1 adulto trabajo entre 11 a 20 años teniendo un 8.3%, 2 adultos trabajaron en un tiempo de 21 a 30 años siendo un 16.7%, 1 de los adultos trabajo de 31 a 40 años representando un 8.3% y 4 de los adultos trabajaron por más cuarentena años, así teniendo un 33.3%.

Tabla 11. Valor monetario pagado durante el trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin sueldo	3	25.0	25.0	25.0
1500-2500 pesos	7	58.3	58.3	83.3
3600-4500 pesos	2	16.7	16.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Ahora bien, en la tabla 11 se muestra el valor monetario que los adultos mayores adquirieron durante su periodo de trabajo, se encontraron 3 adultos mayores que no tuvieron sueldo, ya que no trabajaron, lo cual equivale a un 25%, 7 adultos mayores tuvieron un sueldo de 1500 a 2500 pesos teniendo un porcentaje de 58.3% y por último 2 adultos mayores tenían un sueldo de 3600 a 4500 pesos, así como un porcentaje de 16.7%.

Tabla 12. Peso en kilogramos del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
40-50 kg	6	50.0	50.0	50.0
51-60 kg	3	25.0	25.0	75.0
61-70 kg	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En cuanto a la tabla 12 se presenta el peso en kilogramos del adulto mayor, primero se encuentran 6 adultos mayores en un peso de 40 a 50 kg siendo un 50%, luego están 3 adultos que están entre 51 a 60 kg lo cual representa un 25% y por último 3 adultos mayores están entre los 61 a 70 kg siendo esto un 25%.

Tabla 13. Estatura en centímetros del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1.50-1.60 cm	7	58.3	58.3	58.3
1.61-1.70 cm	4	33.3	33.3	91.7
1.71-1.80 cm	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 13 se obtiene la estatura de los adultos mayores en centímetros, de los doce adultos mayores 7 se encuentran en una estatura de 1.50 a 1.60 con un 58.3%, 4 adultos mayores están entre 1.61 a 1.70 cm siendo así un 33.3% y 1 adulto mayor está entre 1.71 a 1.80 así mismo con un 8.3%.

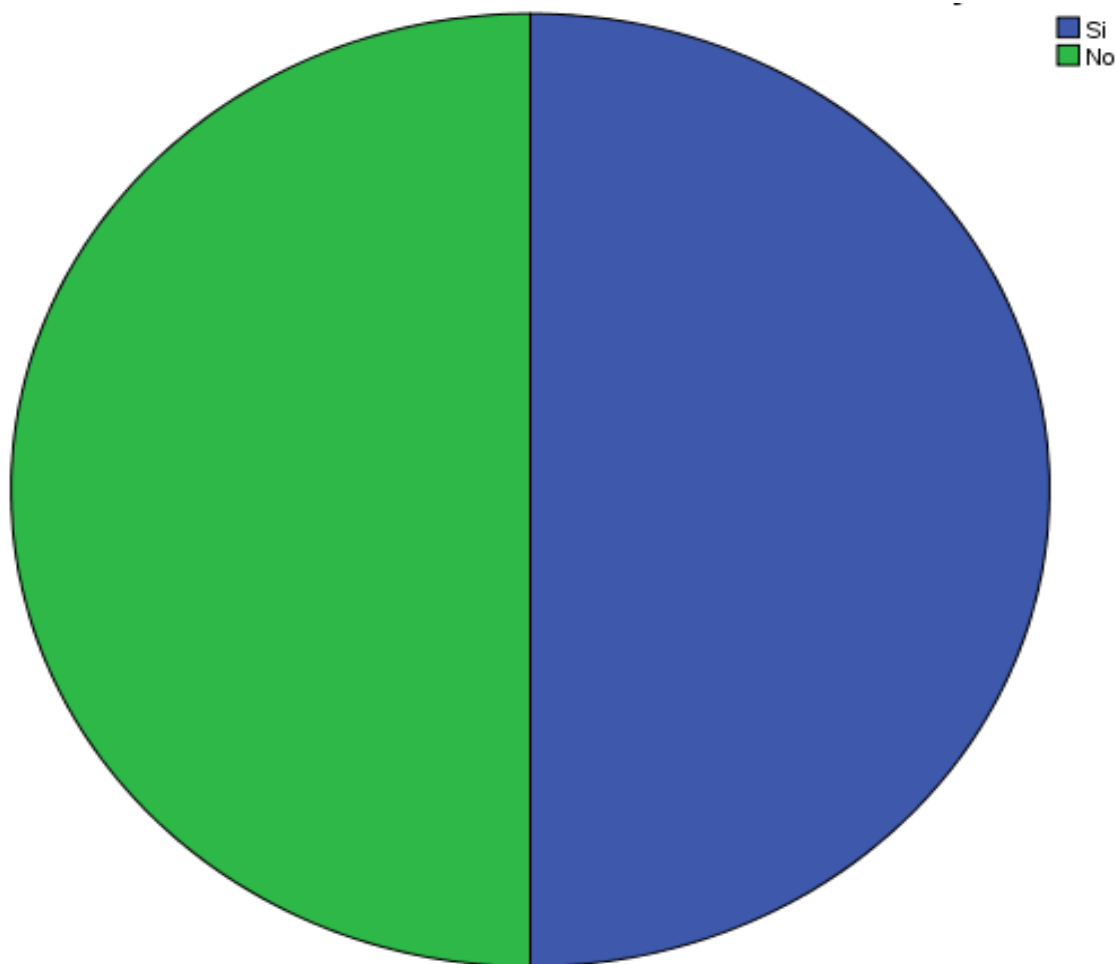
Tabla 14. Tipo de enfermedades que padece el adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Diabetes	3	25.0	25.0	25.0
Hipertensión	2	16.7	16.7	41.7
Cardiovascular	2	16.7	16.7	58.3
Otra	4	33.3	33.3	91.7
Ninguna	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 14 se encuentra el tipo de enfermedades que padece el adulto mayor, en ella están 3 adultos que tienen diabetes con un porcentaje de 25%, por otro lado, 2 adultos se encuentran con hipertensión mostrando así un 16.7%, continuando con 2 adultos que se encuentran con enfermedades cardiovasculares siendo un 16.7%, 4 adultos presentan otro tipo de enfermedad así teniendo un 33.3% y solo 1 adulto mayor no cuenta con ninguna enfermedad esto es un porcentaje de 8.3%.

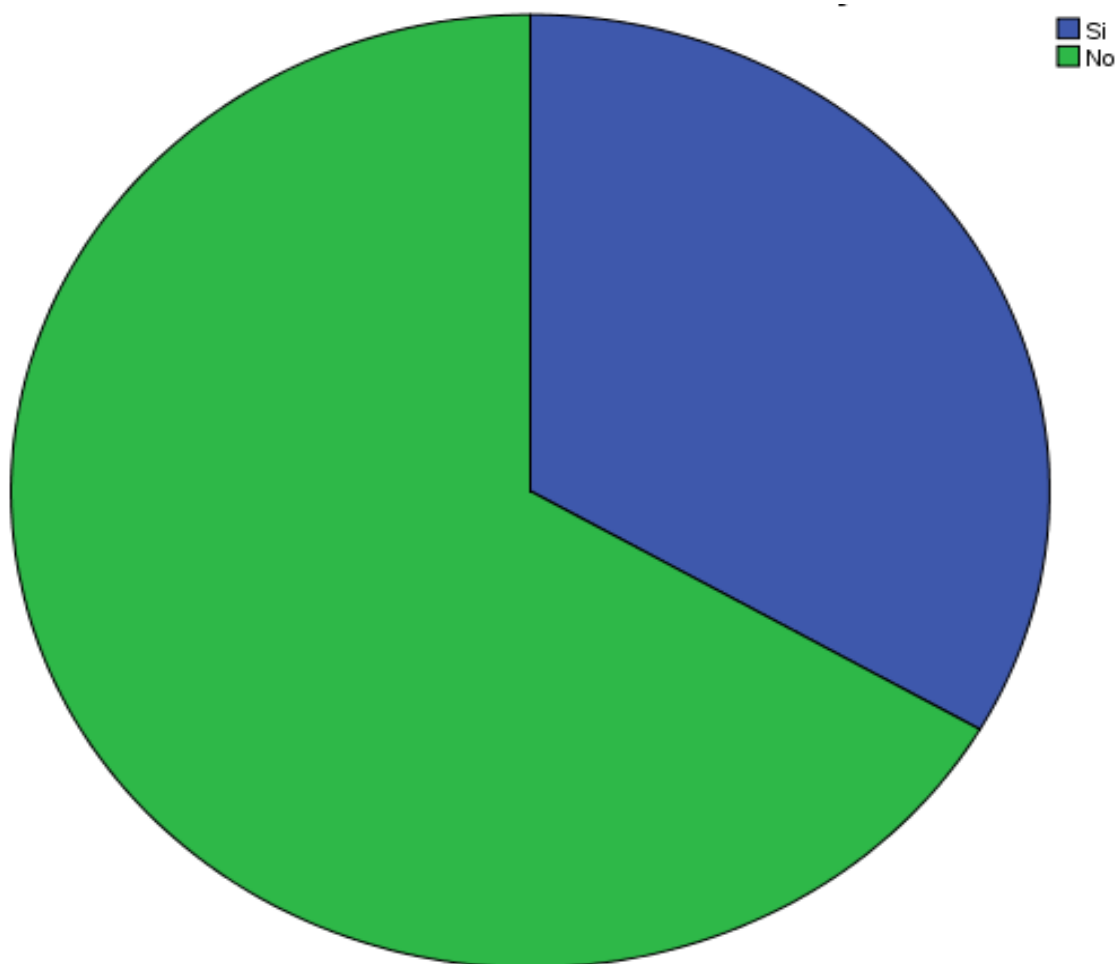
Gráfica 6. Actividades físicas del adulto mayor



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Mientras que en la gráfica número 6 se muestra si los adultos mayores realizan actividades físicas, de los cuales los resultados fueron que: 6 adultos mayores si realizan actividades físicas siendo un 50.0% y otros 6 adultos no realizan actividades físicas teniendo el otro 50.0%. Así mismo, estas actividades físicas consistían en actividades diarias, en ocasiones en actividades de terapia física, entre ellas eran juegos con pelotas, hilos, canastos y juegos de memoria.

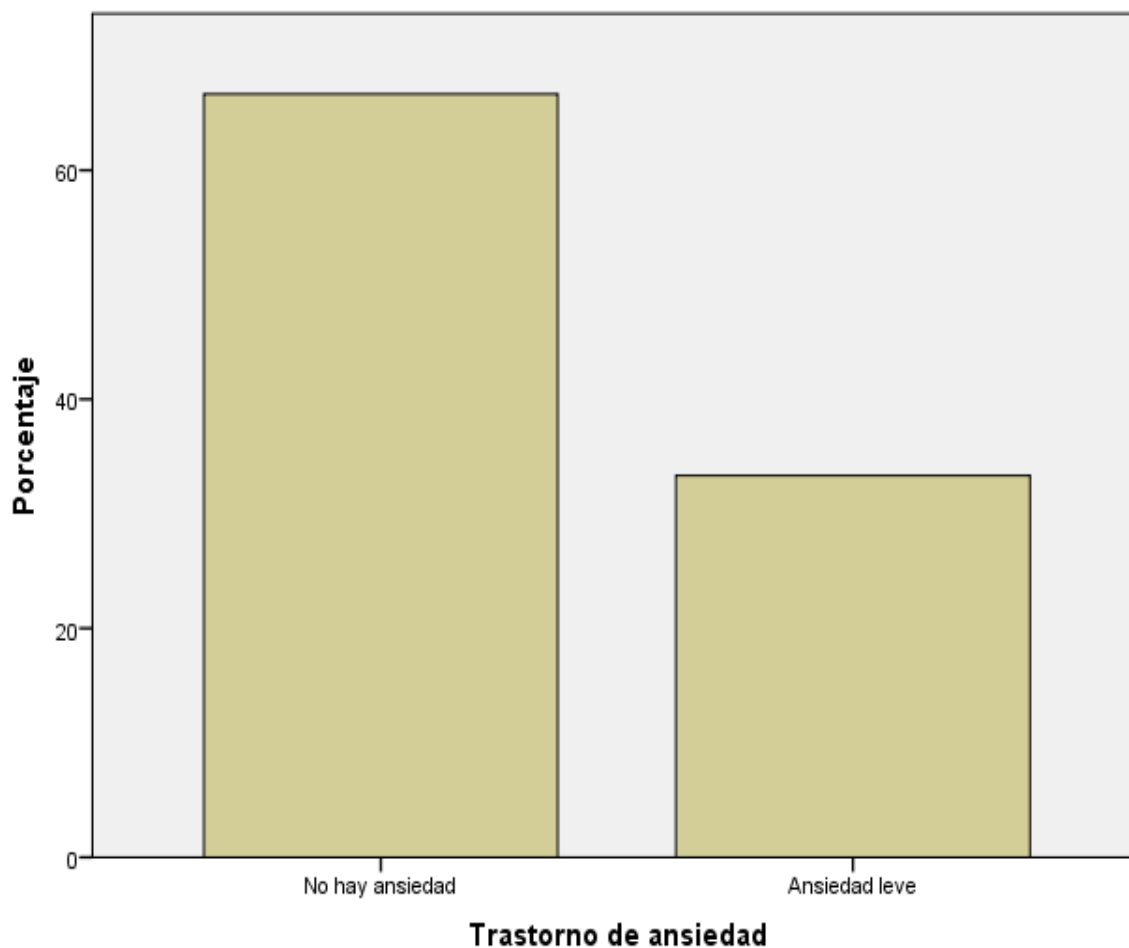
Gráfica 7. Dieta del adulto mayor



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica número 7 indica a los adultos mayores que llevan a cabo una dieta, 4 adultos mayores si llevan a cabo una dieta, obteniendo así un 33.3%, mientras que 8 adultos mayores no realizan ningún tipo de dieta lo cual representa un 66.7%.

Gráfica 8. Trastorno de ansiedad



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En gráfica 8 se puede observar el trastorno de ansiedad que presentan los adultos mayores, lo cual indica que 8 de los adultos mayores no presentan ansiedad esto equivale a un 66.7% y 4 adultos mayores muestran ansiedad leve mismo que indica un 33.3%.

Tabla 15. Trastorno de depresión

	Frecuenci a	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin depresión	2	16.7	16.7	16.7
Depresión leve	2	16.7	16.7	33.3
Depresión moderada	5	41.7	41.7	75.0
Depresión severa	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 15 se visualiza el trastorno de depresión que los adultos mayores presentan, de los cuales 2 adultos mayores no tienen depresión mismo que es un 16.7%, por otro lado 2 adultos mayores presentan depresión leve equivalente a un 16.7%, así como 5 adultos mayores presentan depresión moderada representando un porcentaje de 41.7% y por último 3 adultos tienen depresión severa representando un 25.0%.

Tabla 16. Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja	6	50.0	50.0	50.0
Regular	3	25.0	25.0	75.0
Buena	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

Ahora bien, en la tabla número 16 se presenta la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor, con base a la información obtenida y lo percibido se logró clasificarlos en los niveles de baja, regular y buena calidad de vida, en la cual los resultados fueron los siguientes: 6 adultos mayores se encuentran en un nivel de calidad de vida baja lo cual representa un 50.0%, 3 adultos mayores se encuentran en un nivel regular con un 25.0% y 3 adultos mayores tienen una buena calidad de vida mismo que es un 25.0%. Estos resultados fueron de acuerdo con lo que se logró observar durante la estancia en la residencia.

Tabla 17. Tipo de familia de los adultos mayores

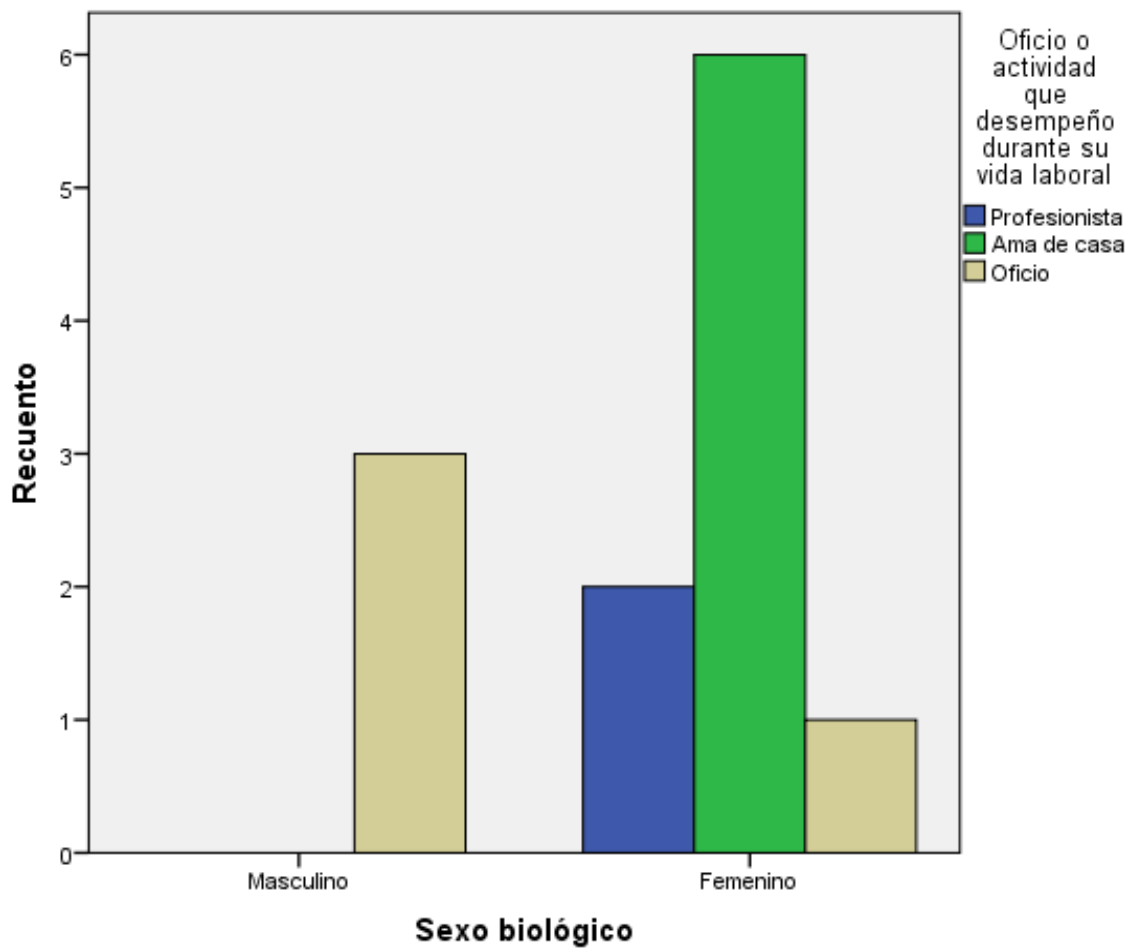
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familia nuclear	1	8.3	8.3	8.3
Familia monoparental	6	50.0	50.0	58.3
Familia reconstruida	1	8.3	8.3	66.7
Familia ensamblada	1	8.3	8.3	75.0
Unipersonal	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 17 se visualiza el tipo de familia al que pertenecen los adultos mayores, dando como resultado que tan solo un adulto mayor pertenece a la familia nuclear, mientras que 6 de las personas adultas tienen una familia monoparental, 1 pertenece a la familia reconstruida, de igual forma tan solo 1 de ellos es de familia ensamblada y por último 3 se encuentran en familia unipersonal.

- Gráficas de contingencias

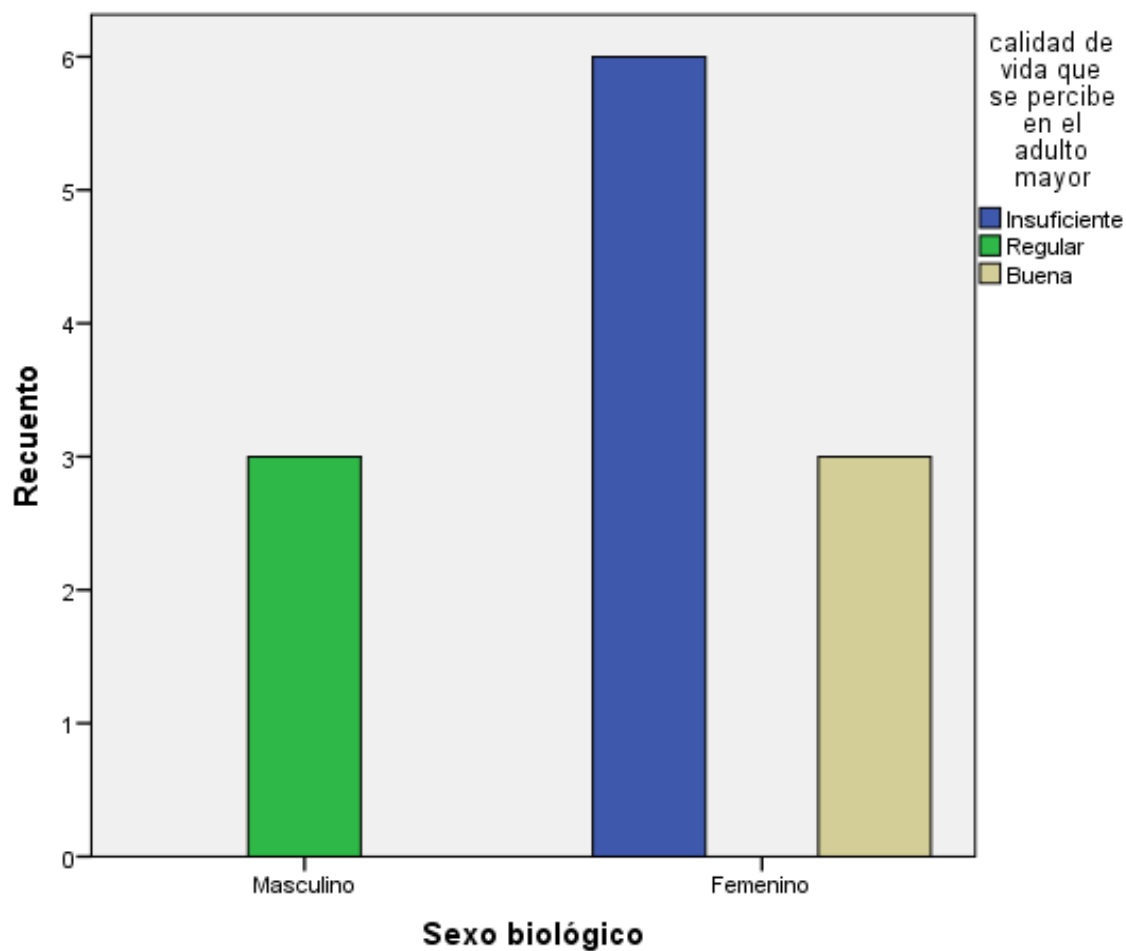
Gráfica 9. Relación entre el sexo biológico y el oficio o actividad que desempeño durante su vida laboral



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica 9 de contingencia se analiza el sexo biológico y el oficio o actividad que desempeño cada uno de los adultos mayores durante su vida laboral, se logra rescatar que 3 de los hombres trabajaron en un oficio, mientras que de las 9 mujeres 2 fueron profesionistas, 6 fueron ama de casa y 1 de ellas trabajo en un oficio.

Gráfica 10. Interacción entre sexo biológico y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

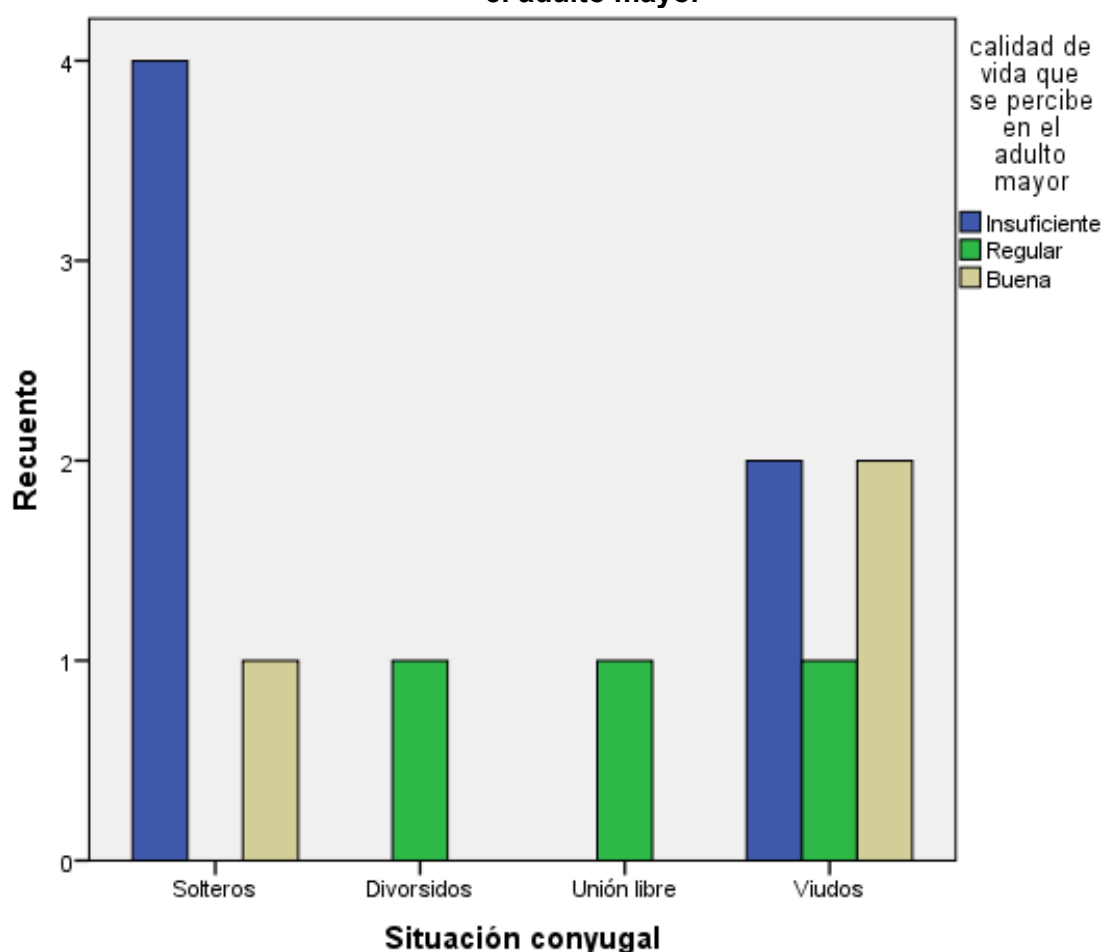


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

De acuerdo con la gráfica de contingencia número 10, representa el sexo biológico con la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor, se señala que los 3 hombres se encuentran en un nivel de calidad de vida regular. Mientras que 6 mujeres tienen una baja calidad de vida y otras 3 mujeres tienen una buena calidad de vida. Como se logra ver en las gráficas si existe cierta diferencia en los niveles de calidad de vida, puesto que los hombres reportan una vida regular mientras que las mujeres la mayoría se encuentra en insuficiente y una parte menos está en el nivel de buena calidad.

Partiendo de los datos obtenidos de las variables se logró establecer que los adultos de sexo masculino se encuentran en el nivel de calidad de vida regular por distintos factores por ejemplo, necesitan ayuda para algunas actividades, pero siguen manteniendo cierta autonomía, tienen disposición en participar en lo que se les pida como en las fisioterapias logrando así algunos vínculos pero limitados, a comparación de las otras personas de sexo femenino que se encuentran en un nivel de baja calidad, ya que estas se aíslan, no permiten crear vínculos significativos con los demás y tienen mayor dependencia para actividades básicas y no poca disposición para participar, la mayoría muestra un nivel de depresión.

Gráfica 11. Correlación entre situación conyugal y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

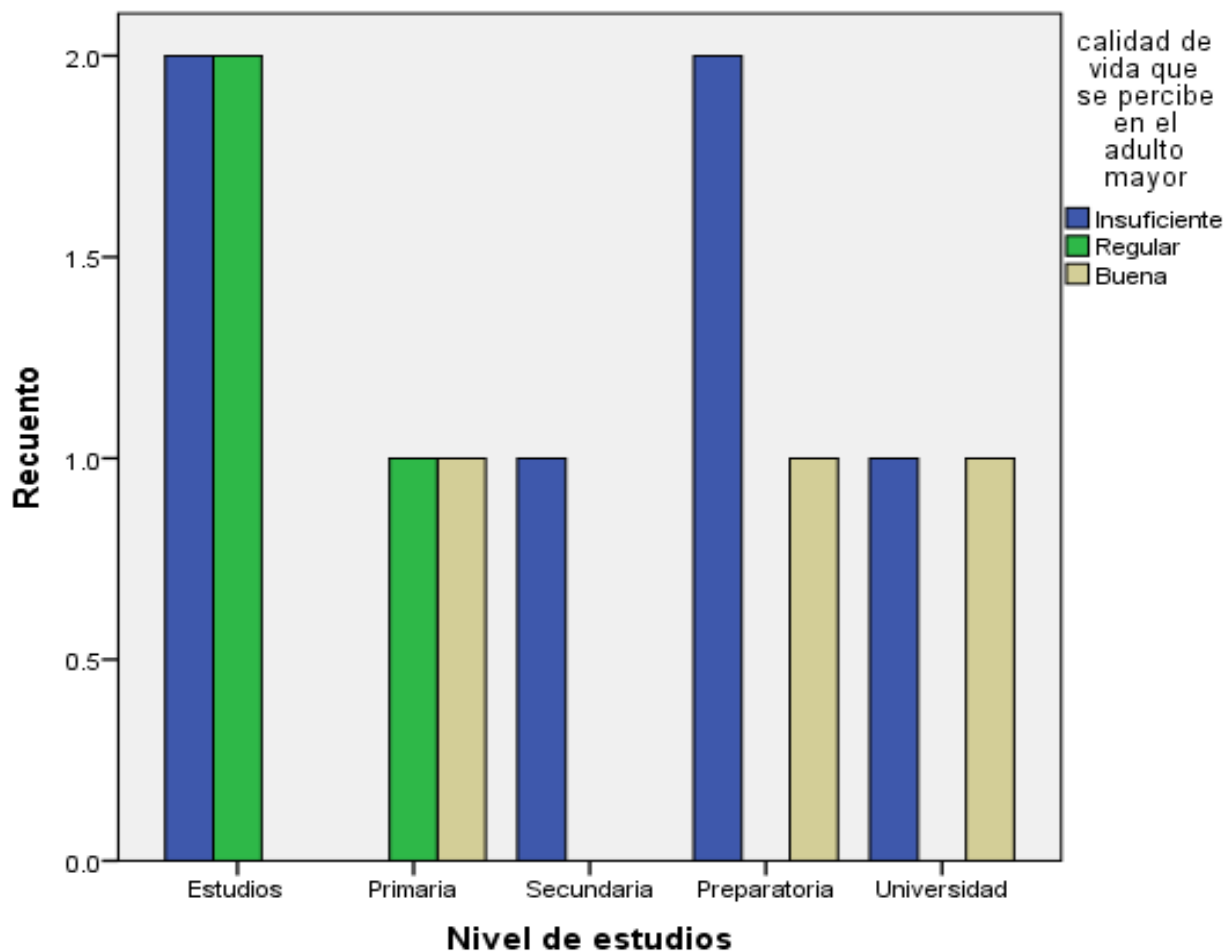


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica 11 muestra la relación entre la situación conyugal y la calidad de vida percibida en los adultos mayores, se observa que los adultos mayores solteros representan el grupo más numeroso con una calidad de vida baja con 4 casos y solo 1 sujeto reporta una buena calidad de vida en ambos casos son de sexo femenino. Ahora bien, en los grupos de divorciados y personas en unión libre hay un caso en cada grupo con una calidad de vida regular, ambos son de sexo masculino. Por último, en el grupo de viudos hay mayor diversidad, es decir, 1 caso con calidad de vida regular el cual es de sexo masculino, otros 2 casos con calidad de vida baja y 2 casos con buena calidad de vida, en ambos son de sexo femenino.

De cierta manera se logra rescatar como la situación conyugal puede estar relacionada de manera importante con la percepción de calidad de vida en la vejez. Se logra observar esto en particular en aquellos adultos mayores que se encuentran solteros pues se encuentran en un nivel de calidad de vida más baja que los viudos, podría indicar que la, aunque hubo una pérdida que impacto negativamente algunas personas logran reconstruir redes de apoyo o irse adaptando con el paso del tiempo, ya que la pareja puede ser un apoyo emocional o social importante para el índice de calidad de vida.

Gráfica 12. Relación entre el nivel de estudios y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

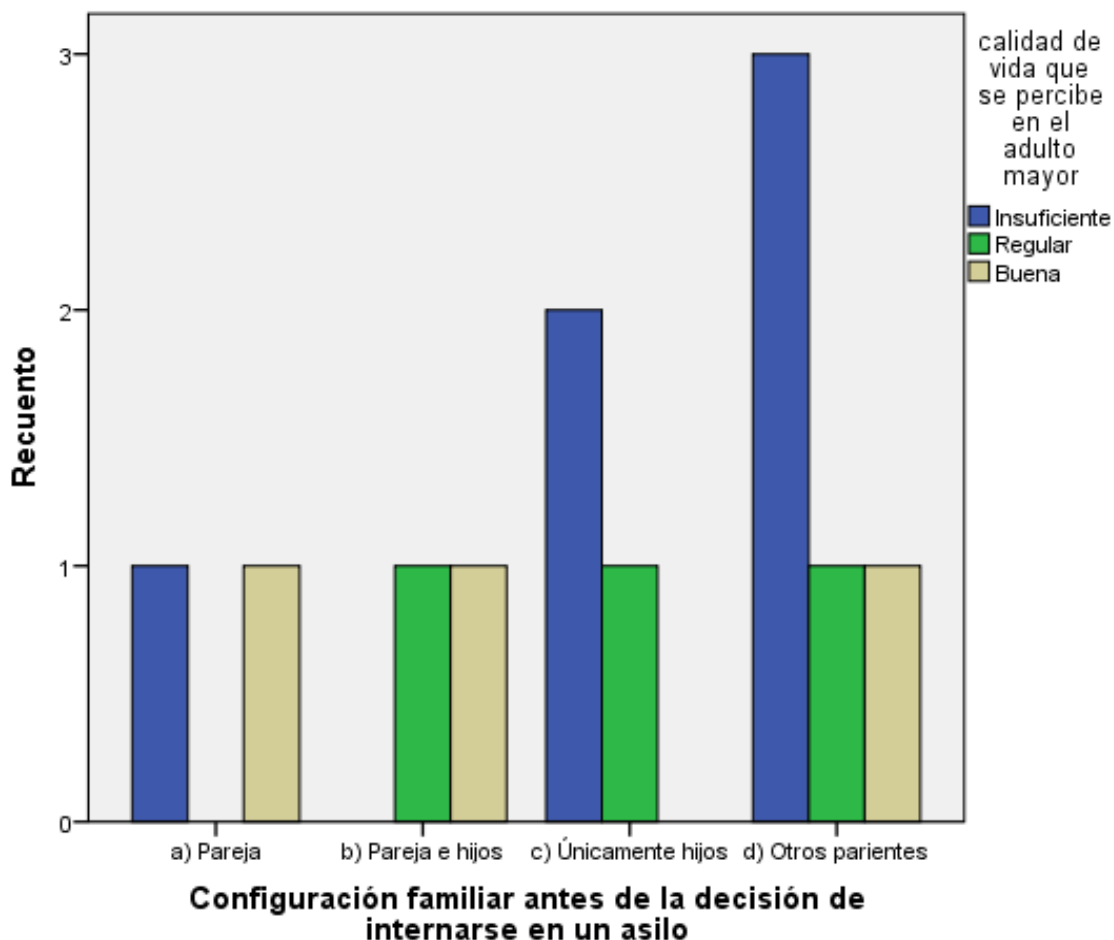


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica 12 de contingencia se muestra la relación entre el nivel de estudios alcanzado por los adultos mayores y la calidad de vida que se percibe, la cual es clasificada en tres niveles: buena, regular y buena. Como se logra observar en la gráfica en el nivel de preparatoria se encuentran 2 personas de sexo femenino en un nivel bajo y tan solo 1 mujer con este nivel de estudios con una buena calidad de vida. Mientras que para las 2 personas que cuentan con universidad se encuentran entre una calidad de vida baja y buena en ambos casos son de sexo femenino.

Ahora bien, en los niveles de estudio de primaria se presentan 2 personas una con un nivel regular de sexo masculino y la otra persona de sexo femenino con una buena calidad de vida. En el nivel de estudios de secundaria se encuentra 1 persona de sexo femenino, la cual se encuentra en un nivel bajo. Por otra parte, quienes no cuentan con ningún nivel de estudios se encuentran 2 mujeres mientras que otros 2 son hombres. Esto podría indicar que puede haber ciertos factores que estén interviniendo para el bienestar de estos adultos mayores, generando cierta vulnerabilidad ya que puede ser por la falta de oportunidades.

Gráfica 13. Relación entre la configuración familiar y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

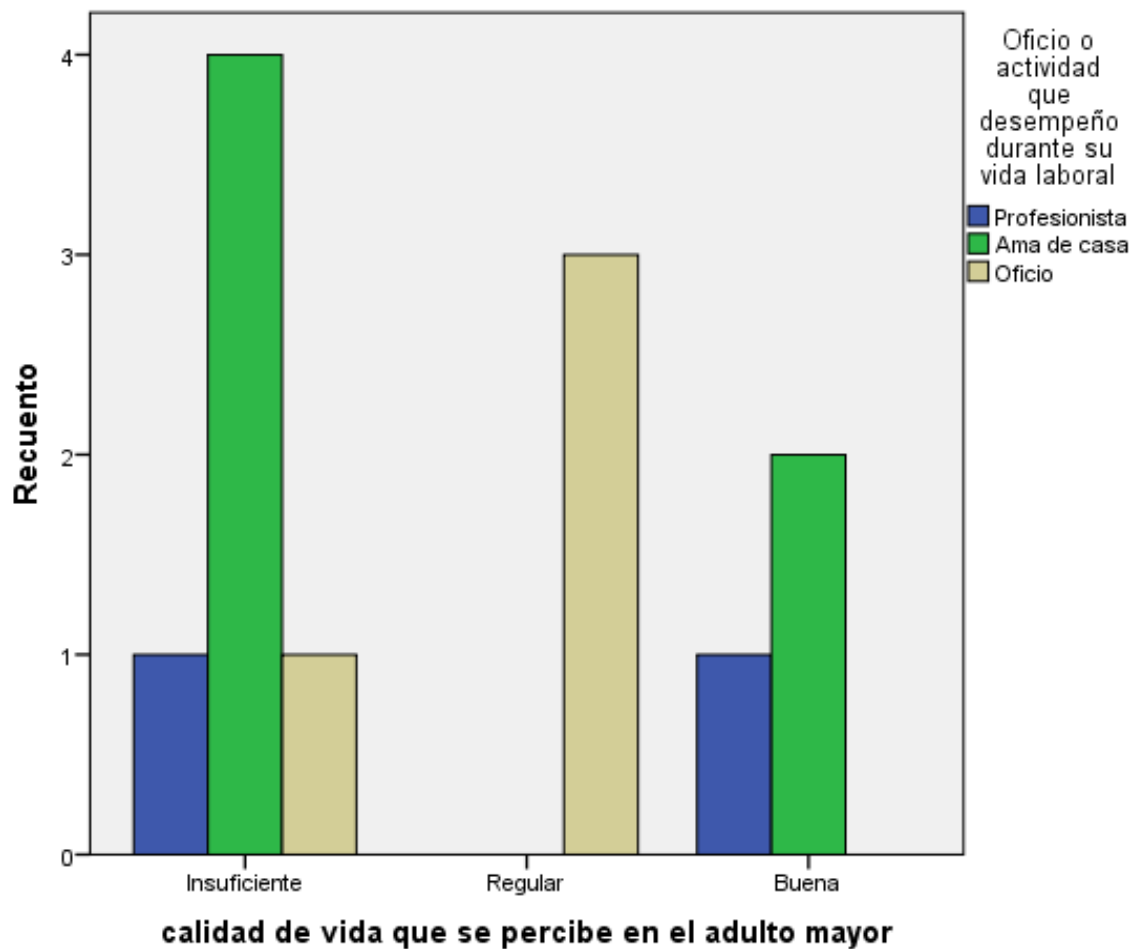


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

La siguiente gráfica es sobre la configuración familiar antes de la decisión de internarse en un asilo y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor se logra obtener que 6 adultos mayores se encuentran en un nivel de calidad de vida baja los cuales su configuración familiar antes de entrar a la residencia era 1 con pareja, 2 de ellos vivían únicamente con sus hijos y otros 3 vivían con algún pariente. Mientras que en el nivel regular de calidad de vida se tiene a 3 adultos mayores de los cuales 1 vivía con pareja e hijos, 1 únicamente con hijos y 1 de ellos vivía con algún pariente. Por último, en el

nivel de buena calidad de vida se encuentra a 3 sujetos 1 que vivía con su pareja, 1 con pareja e hijos y solo 1 vivía con algún pariente.

Gráfica 14. Interacción entre la actividad laboral y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

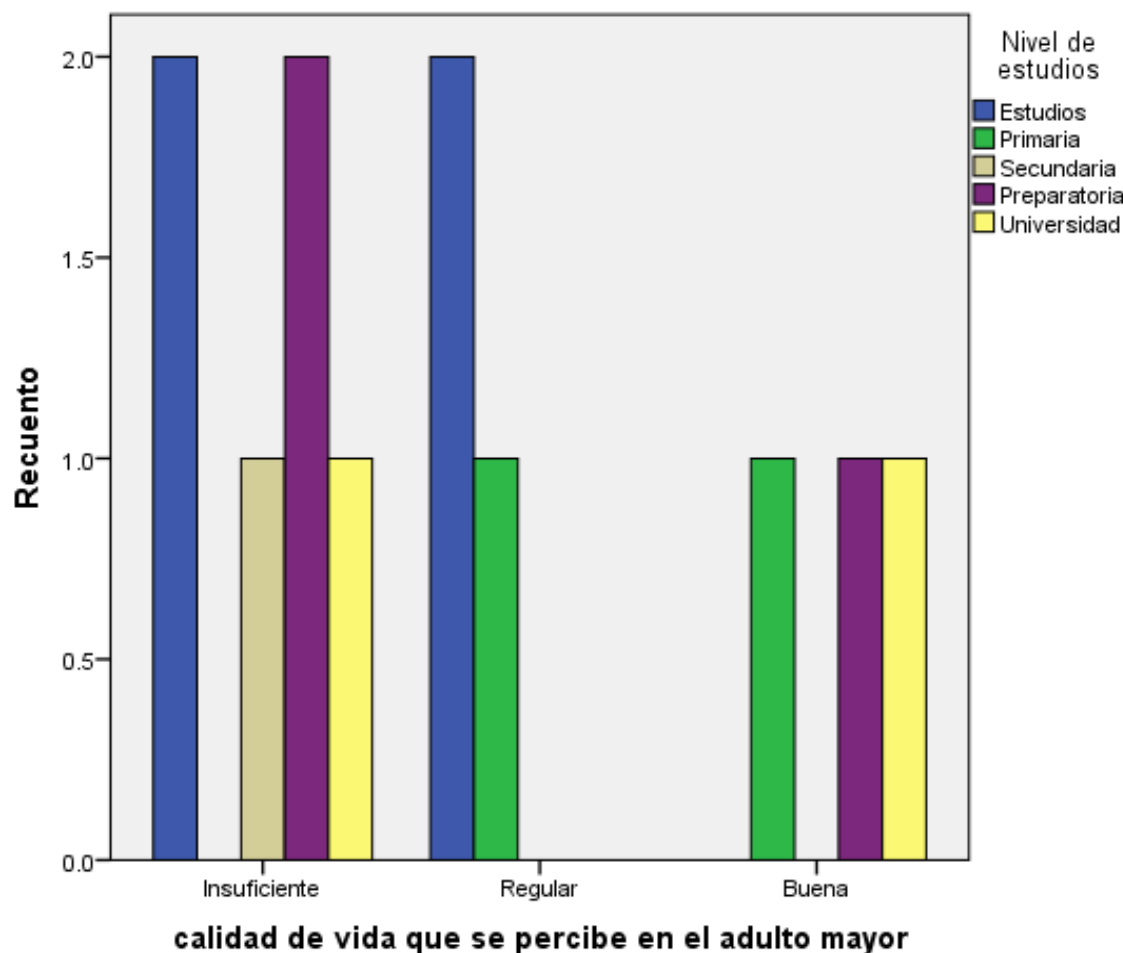


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica 14 se logra analizar el oficio o actividad que desempeño durante su vida laboral y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor, para ello se encuentra que en el nivel bajo de calidad de vida se encuentran 6 adultos mayores 1 fue profesionista, 4 fueron ama de casa y 1 que se dedicó a un oficio, mientras que en el nivel regular se

encuentran 3 adultos mayores que se dedicaron a un oficio y en nivel de buena calidad de vida se encuentran 3 personas adultas en la cual 1 fue profesionista y 2 fueron ama de casa.

Gráfica 15. Relación entre el nivel de estudios y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

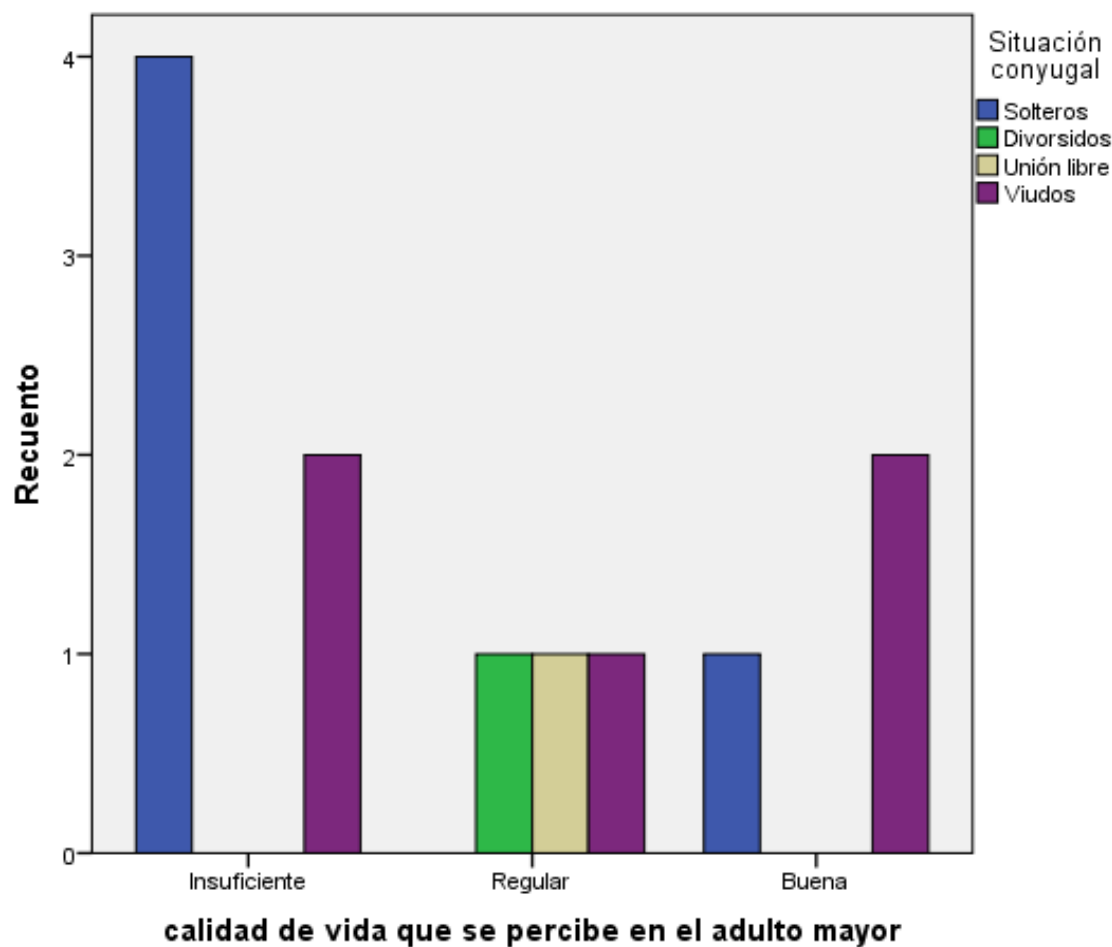


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la siguiente gráfica se establece el nivel de estudios y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor para ello, se encuentra que 6 adultos mayores tienen una baja calidad

de vida en donde 2 no tienen estudios, 1 cuenta con secundaria, 2 tienen preparatoria y un con universidad. Por otro lado, 3 adultos mayores se encuentran en un nivel regular entre ellos 2 no tienen estudio y 1 cuenta con nivel primaria. Por último, 3 adultos mayores tienen una buena calidad de vida, 1 tiene primaria, 1 de ellos preparatoria y 1 universidad. Con ello se logra observar que la mitad de los adultos se encuentran el nivel bajo de calidad de vida.

Gráfica 16. Correlación entre situación conyugal y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

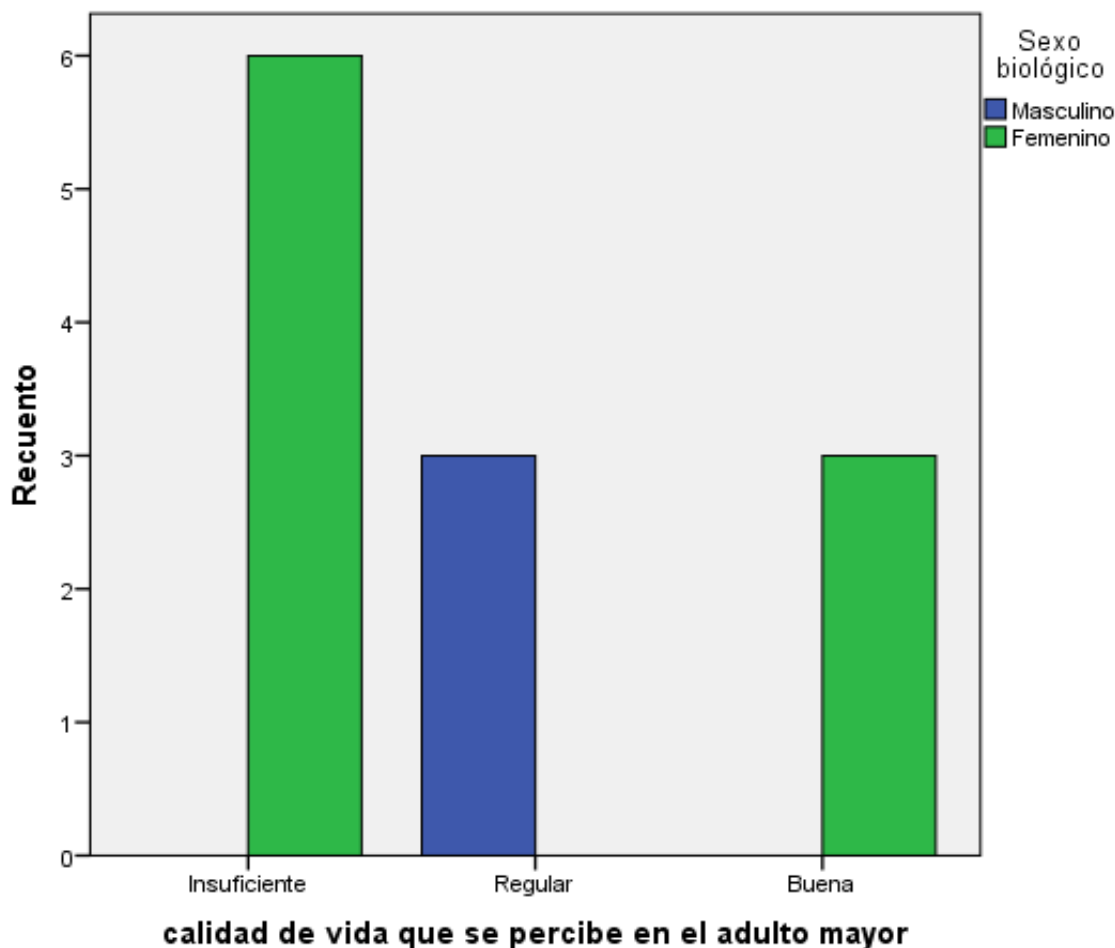


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica 16 muestra la correlación entre la situación conyugal y la calidad de vida percibida en el adulto mayor. En ella se observa que la mayoría de los adultos mayores con calidad de vida baja son (4 casos) y viudos (2 casos), lo cual podría ser que la ausencia de una pareja estable o el haberla perdido incide negativamente en el bienestar de cada uno ya que una pareja es una red de apoyo emocional y social muy importante, sin embargo, este puede repercutir de distinta manera en cada adulto mayor.

Mientras que en el nivel regular se registran (3 casos): 1 es divorciado, 1 está en unión libre, y 1 es viudo. Por último, en el nivel de calidad de vida buena, se encuentran 3 sujetos de los cuales 1 es soltero y dos son viudos. Estos datos resultan interesantes ya que se logra percibir como la viudez no necesariamente determina una baja calidad de vida, por lo que otros factores pueden estar incidiendo favorablemente en estos casos, en él se puede dar paso a que cada persona se adapta y percibe los cambios de distinta manera. Con base a los datos presentados se logra reconocer que, si existe una relación, pero no absoluta ni determinante por si sola. La situación conyugal puede influir en la percepción de la calidad de vida, especialmente si se asocia a la soledad a el aislamiento.

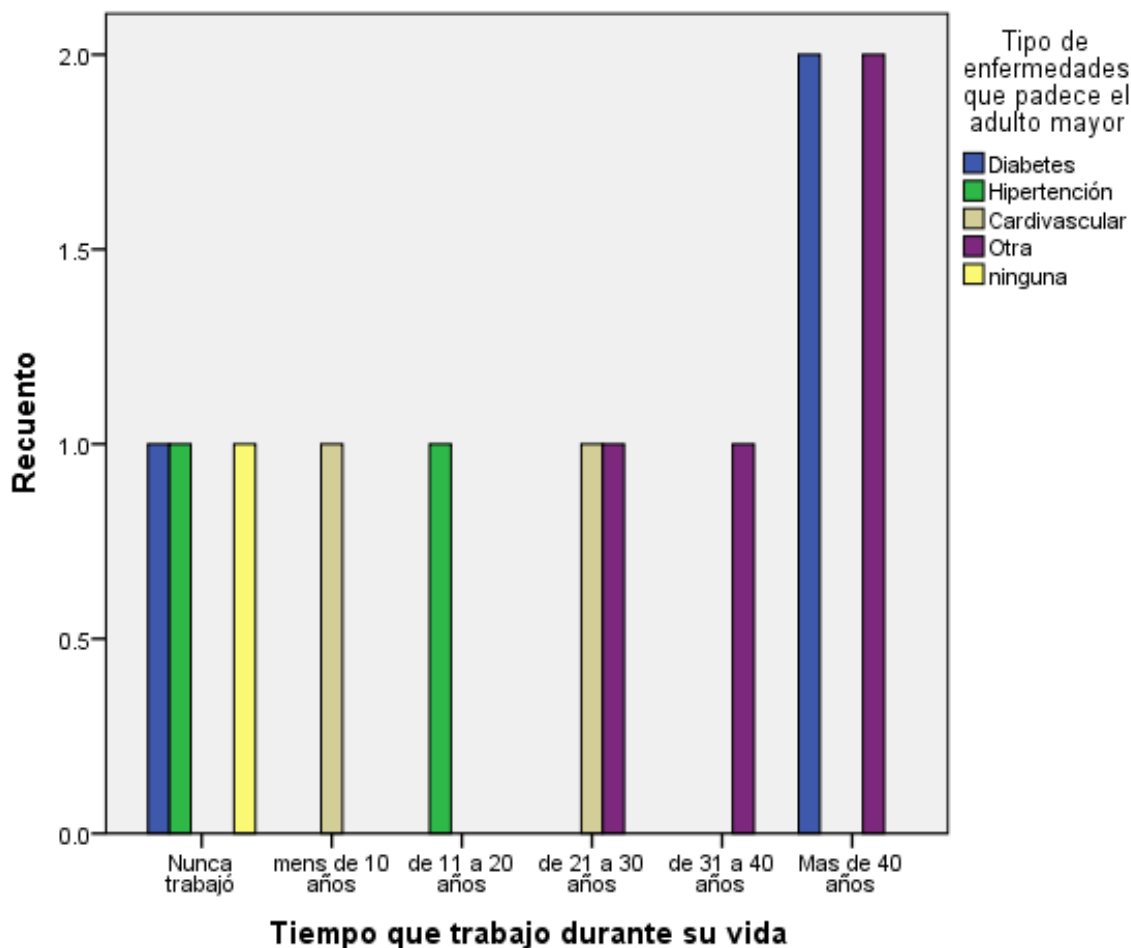
Gráfica 17. Interacción entre el Sexo biológico y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

De acuerdo, a los datos expresados en la gráfica 17 sobre el sexo biológico y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor se demuestra que: 6 mujeres se encuentran en un nivel de calidad de vida baja, por otro lado 3 hombres se encuentran en un nivel regular y 3 mujeres tienen una buena calidad de vida.

Gráfica 18. Correlación entre el tiempo que trabajo durante su vida y el tipo de enfermedades que padece el adulto mayor

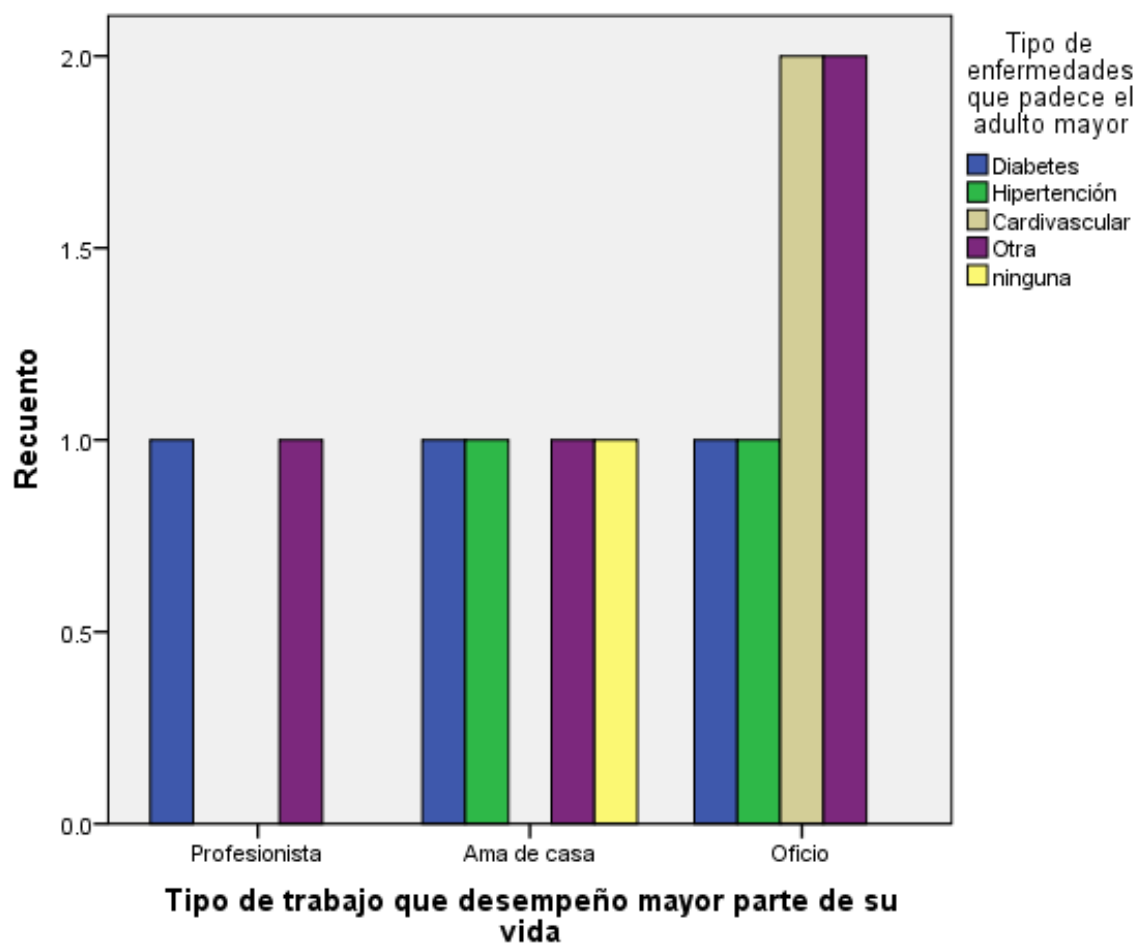


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la siguiente gráfica es de acuerdo con el tiempo que trabajo durante su vida y el tipo de enfermedades que padece el adulto mayor se logra analizar que 3 personas nunca trabajaron y entre las enfermedades que padecen son 1 con diabetes, 1 tiene hipertensión y 1 que no tiene ninguna enfermedad. Tan solo 1 persona trabajo menos de 10 años y la cual tiene hipertensión. Quien trabajo de 11 a 20 años fue tan solo 1 persona quien de igual manera solo tiene una enfermedad cardiovascular. 2 personas trabajaron en un tiempo de 21 a 30 años, 1 de ellas padece una enfermedad cardiovascular, 1 persona padece otro tipo de enfermedad. Un sujeto trabajo de 31 a 40 años el padece 1

enfermedad, por último 4 personas trabajaron más de 40 años de las cuales 2 padecen diabetes y otras 2 padecen otro tipo de enfermedad.

Gráfica 19. Relación entre el tipo de trabajo que desempeño mayor parte de su vida y el tipo de enfermedades

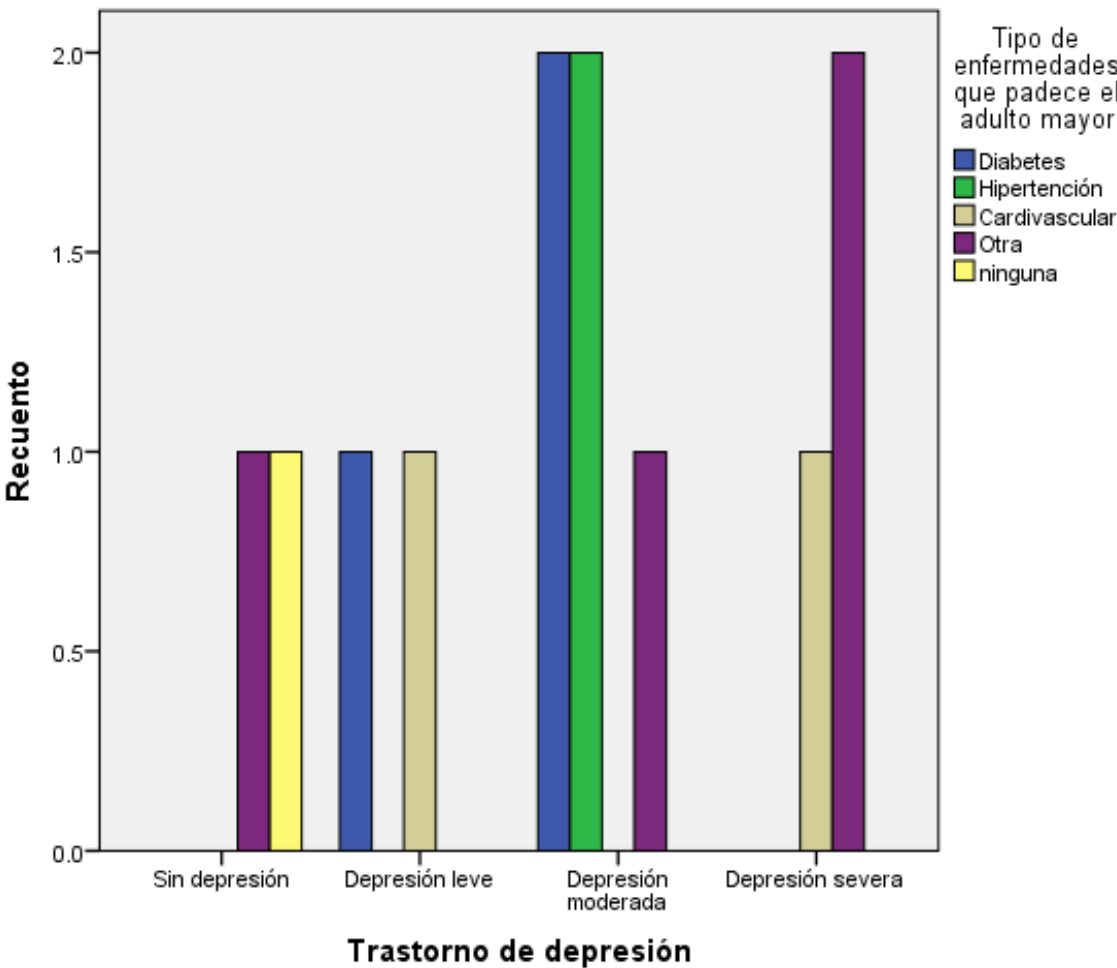


Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la gráfica 19 se aborda el tipo de trabajo que desempeño la mayor parte de su vida y el tipo de enfermedad que padece el adulto mayor, para ello se logra señalar que: 2 sujetos fueron profesionistas de los cuales padecen 1 diabetes y 1 padece otro tipo de enfermedad, 4 fueron ama de casa, 1 de ellas tiene diabetes, 1 hipertensión, 1 sufre otra

enfermedad y 1 de ellas no tiene ninguna enfermedad. 6 adultos mayores trabajaron en un oficio, de los cuales 1 padece de diabetes, 1 tiene hipertensión, otros 2 sufren de una enfermedad cardiovascular, mientras que otros 2 sufren de otro tipo de enfermedades. Por lo tanto, se logra observar que la mayoría de los adultos mayores que trabajaron en algún oficio tienen un mayor número de enfermedades.

Gráfica 20. Interacción entre el trastorno de depresión y los tipos de enfermedades



Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

La gráfica 20 se observa el trastorno de depresión y el tipo de enfermedades que padece el adulto mayor. Para ello, se logra analizar que 2 de los adultos mayores que no sufren

depresión solo 1 padece algún tipo de enfermedad. Mientras que 2 de los sujetos con depresión leve, 1 padece de diabetes y 1 de enfermedad cardiovascular. 5 muestran depresión moderada para lo cual, 2 de ellos tienen diabetes, otros 2 adultos mayores sufren de hipertensión y 1 que tiene otro tipo de enfermedad. De acuerdo, con la depresión severa se encuentran 3 sujetos, 1 de estos sufre una enfermedad cardiovascular y 2 padecen otro tipo de enfermedad.

- **Tablas de correlaciones**

Tabla 18. Correlaciones entre el nivel de estudios y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Nivel de estudios
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coeficiente de correlación	1.000	.064
	Sig. (unilateral)	.	.421
	N	12	12
Nivel de estudios	Coeficiente de correlación	.064	1.000
	Sig. (unilateral)	.421	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 18 se presenta la forma en que el nivel de estudios se relaciona con la calidad de vida de los sujetos. Por lo tanto, se logra observar que existe una correlación de un .42, es decir, el nivel de estudios si influye en la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 19. Correlaciones entre la edad del adulto mayor y la calidad de vida

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Tiempo en años, a partir de su nacimiento
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coeficiente de correlación	1.000	.184
	Sig. (bilateral)	.	.568
	N	12	12
Tiempo en años, a partir de su nacimiento	Coeficiente de correlación	.184	1.000
	Sig. (bilateral)	.568	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 19 se muestra que la edad que presentan los adultos mayores tiene una correlación significativa de un .56 en la calidad de vida de los adultos mayores, lo cual provoca una menor calidad de vida en los sujetos.

Tabla 20. Correlaciones entre la configuración familiar y la calidad de vida

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Configuración familiar antes de la decisión de internarse en un asilo
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coeficiente de correlación	1.000	-.269
	Sig. (bilateral)	.	.399
	N	12	12
Configuración familiar antes de la decisión de internarse en un asilo	Coeficiente de correlación	-.269	1.000
	Sig. (bilateral)	.399	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 20 se señala que la configuración familiar de los adultos mayores antes de la decisión de internarse en un asilo mantiene una correlación de .39 que influye de manera importante en la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 21. Correlaciones entre las personas que se hacen cargo de los gastos y la calidad de vida que se percibe en el adulto

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Personas que se hacen cargo de los gastos
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coeficiente de	1.000	.079
	correlación		
	Sig. (bilateral)	.	.808
Personas que se hacen cargo de los gastos	N	12	12
	Coeficiente de	.079	1.000
	correlación		
	Sig. (bilateral)	.808	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla 21 se demuestra una correlación alta con un .80 entre las personas que se hacen cargo de los gastos del adulto mayor durante su estancia en la residencia y su influencia con la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 22. Correlaciones entre el tipo de trabajo que desempeño el adulto mayor y la calidad de vida que se percibe

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Tipo de trabajo que desempeño mayor parte de su vida
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coefficiente de	1.000	-.224
	correlación		
	Sig. (bilateral)	.	.485
	N	12	12
Tipo de trabajo que desempeño mayor parte de su vida	Coefficiente de	-.224	1.000
	correlación		
	Sig. (bilateral)	.485	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 22 se señala que el tipo de trabajo que desempeño el adulto mayor la mayor parte de su vida se asocia de manera importante con el nivel de calidad de vida de los adultos mayores mostrando así una correlación de un .48.

Tabla 23. Correlaciones entre el tipo de enfermedades y la calidad de vida

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Tipo de enfermedades que padece el adulto mayor
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coeficiente de correlación	1.000	-.006
	Sig. (bilateral)	.	.986
	N	12	12
Tipo de enfermedades que padece el adulto mayor	Coeficiente de correlación	-.006	1.000
	Sig. (bilateral)	.986	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 23 se visualiza que los tipos de enfermedades que padece el adulto mayor se correlacionan de manera significativa con un .98 con la calidad de vida del adulto mayor.

Tabla 24. Correlaciones entre el peso en kilogramos del adulto mayor y la calidad de vida

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Peso en kilogramos del adulto mayor
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coefficiente de correlación	1.000	-.056
	Sig. (bilateral)	.	.864
	N	12	12
Peso en kilogramos del adulto mayor	Coefficiente de correlación	-.056	1.000
	Sig. (bilateral)	.864	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 24, se establece una correlación que influye de manera alta con un .86, entre el peso que tienen los adultos mayores con la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran en la residencia.

Tabla 25. Correlaciones sobre el trastorno de depresión y la calidad de vida

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Trastorno de depresión
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coefficiente de correlación	1.000	-.507
	Sig. (bilateral)	.	.092
	N	12	12
Trastorno de depresión	Coefficiente de correlación	-.507	1.000
	Sig. (bilateral)	.092	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 25 se muestra que el trastorno de depresión que presentan los sujetos se correlaciona con un .092, sobre la calidad de vida de los adultos mayores, es decir, se asocia de manera muy importante con la calidad de vida.

Tabla 26. Correlaciones entre el trastorno de ansiedad y la calidad de vida que se percibe en el adulto mayor

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Trastorno de ansiedad
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Coefficiente de correlación	1.000	-.417
	Sig. (bilateral)	.	.178
	N	12	12
Trastorno de ansiedad	Coefficiente de correlación	-.417	1.000
	Sig. (bilateral)	.178	.
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 26, se presenta que de acuerdo con el trastorno de ansiedad en los adultos mayores y su relación con la calidad de vida es tan solo de un .17.

Tabla 27. Correlaciones entre calidad de vida y tipo de familias de los adultos mayores

		Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Tipo de familia
Calidad de vida que se percibe en el adulto mayor	Correlación de Pearson	1	-.093
	Sig. (bilateral)		.774
	N	12	12
Tipo de familia	Correlación de Pearson	-.093	1
	Sig. (bilateral)	.774	
	N	12	12

Fuente: elaboración propia con datos del trabajo de campo (2024).

En la tabla número 27, se presenta el tipo de familia a la que pertenecen los adultos mayores la cual se socia de manera importante con el nivel de calidad de vida dando lugar a una correlación de .77.

3.6 Conclusiones

De acuerdo con el análisis de los resultados es posible llegar a las conclusiones generales demostrando lo siguiente: los resultados muestran que ninguna de las cuatro variables influye en un 100% en la calidad de vida de los doce adultos mayores. Sin embargo, fue posible identificar que cada variable de las cuales fueron investigadas incide en menor o mayor medida sobre el índice de calidad de vida.

Se logró aportar evidencia empírica para establecer el nivel de influencia de cada una de las variables dependientes sobre la variable independiente, es decir, sobre la calidad de vida de 12 adultos mayores. En este sentido, si bien los niveles de correlación

tienden a ser bajos, ello no indica necesariamente cada una de las variables determina el nivel de calidad de vida.

Así entonces, pudo establecerse que, las variables socio familiares como configuración, estado civil, tipo de familia, presencia de hijos, lugar de residencia, personas que se hacen cargo de su manutención etc. Influyen de manera importante sobre la calidad de vida ($\alpha.80$). Por lo tanto, se logra evidenciar que los distintos tipos de configuración familiar constituyen un factor determinante en el bienestar de los adultos mayores, en la cual cada una de estas presenta características que influyen negativa o positivamente en su calidad de vida

Ahora bien, respecto de la relación que existe entre el trayecto laboral con la calidad de vida de los 12 adultos que participaron en el estudio esta relación son moderadas ($\alpha.48$).

Por otra parte, se demuestra que la variable de salud física se relaciona con la calidad de vida de los 12 adultos mayores que participaron en la investigación, influyendo de manera alta ($\alpha. 98$). Esto demuestra que como la salud física es un factor muy importante demostrando lo que menciona Aranda (2020) Para aspirara a una buena calidad de vida en la tercera edad, es importante lograr una vida física y psíquica sana y activa. Partiendo de lo anterior, una buena condición física permite mantener a los adultos mayores su autonomía, realizar actividades cotidianas u ocupacionales, manteniendo una participación y así reducir el riesgo a enfermedades, por ello la salud física es un determinante para la percepción general del bienestar en la vejez.

Por último, se logró reconocer que existe una importante relación entre la variable de la salud mental con la calidad de vida de los 12 adultos mayores que se encuentran viviendo en la residencia, la cual influye de manera alta ($\alpha. 92$).

3.7 Consideraciones finales

El primer acercamiento a la Residencia Nicolás García de San Vicente “La casa de los abuelitos”, fue una observación durante el tiempo de febrero 2023 a junio 2024, durante las prácticas profesionales, permitió conocer a 23 adultos mayores, de los cuales 13 adultos mayores fueron considerados capaces de poder participar en la investigación.

El objetivo de esta tesis originalmente era describir los 13 casos de los adultos mayores, sin embargo, se presentaron dificultades a la hora de aplicar los instrumentos, ya que no se logró obtener respuesta por parte uno de los sujetos. Si bien, se continuó con la implicación de 12 adultos mayores, siendo esta de manera voluntaria y que se encontraran en condiciones de poder participar. De la misma manera dando cuenta que el objetivo si se cumplió, ya que se logró establecer la relación entre las cuatro variables, las cuales son: la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental. Con la cual se pudo medir el índice de calidad de vida teniendo en cuenta los niveles de esta.

Ahora bien, es preciso señalar que durante la elaboración de nuestro trabajo de tesis se presentaron algunas dificultades, entre ellas: fue al momento de la aplicación de los instrumentos puesto que, en ocasiones los adultos mayores no querían participar o solo respondían algunas preguntas lo cual atrasaba el proceso de recolección de datos, otra dificultad fueron los tiempos ya que había días que no coincidían tanto nuestros tiempos con los de los adultos mayores. También, es importante mencionar que por parte de los encargados de la residencia no hubo dificultades ya que se trabajó de la mejor manera y siempre se nos brindó el apoyo para llevar a cabo la investigación.

El objetivo de la tesis fue cómo cada una de las cuatro variables arriba mencionadas influyen en la calidad de vida de los doce adultos mayores, que participaron en la investigación, mismos que viven en la residencia. Por lo que, con base a los

resultados obtenidos pudieran considerarse acciones específicas para estimular actividades de mejora en dicha calidad de vida de los adultos mayores.

De igual manera, es preciso mencionar que entre algunas implicaciones del estudio es un bajo número de sujetos los que participaron en la investigación, por lo tanto, las correlaciones se muestran en bajas y moderadas. De tal manera, se recomendaría a fines de esta investigación que el grupo de adultos mayores se configurara por lo menos de 30 sujetos.

Por último, al llevar a cabo este tipo de investigaciones acerca de la calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados se generan aportaciones importantes como evidencias sobre las condiciones reales que se presentan en estas instituciones, con ello se logran identificar necesidades, carencias no atendidas y que están siendo una barrera para que el adulto mayor pueda tener un bienestar integral de acuerdo su edad.

Además, puede ser de gran ayuda para la institución ya que obtendrían datos relevantes que les permitan comprender e identificar áreas de mejora con el fin de poder brindar un mejor servicio a la población adulta. Incluso el poder generar algún proyecto, cursos o talleres que permitan a los adultos mayores mantener un envejecimiento con una mejor calidad de vida e incluso ir generando nuevas investigaciones de acuerdo con los resultados obtenidos.

Referencias

- Acevedo, Esther. (2014). Calidad de vida de los mayores que viven institucionalizados en residencias para mayores: Un análisis cuantitativo.
- Alarcón, Franco, R. (2023). Demencia senil en el adulto mayor. <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1554>.
- Aranda, Roberto, M. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-813.pdf>.
- Arruebarrena, Vicente y Sánchez, Antonio. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. https://www.researchgate.net/publication/360236728_La_soledad_y_el_aislamiento_social_en_las_personas_mayores.
- Buitrago, María, L. Cordón, Luzmila. Y Cortés, Rafael, L. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. <https://integracionacademica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estr%C3%A9s%20en%20adultos%20mayores%20en%20condici%C3%B3n%20de%20abandono%20familiar.pdf>
- Carvalho, Beatriz, I. (2017). Validación de la Escala GENCAT en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas. <https://dspace.uclv.edu.cu/server/api/core/bitstreams/d9821924-0ded-479dbd82-dd49e1f5f5b4/content>.
- Carrera, Nohelia. (2023). Calidad de vida y su incidencia en el área emocional de un adulto mayor de 67 años del cantón Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/15556>.
- Celeiro, Tatiana, M. & Galizzi, María P. (2019). Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>

Ferrari, Liliana. (2018). ¿Cómo investigar las trayectorias laborales? revisión bibliográfica sistemática y análisis de los principales enfoques teórico metodológicos.

<https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253005/369162253005.pdf>

González, Isabel. Luna Josemanuel y Gámez, Carlos. (2023). La persona mayor y espacio social: la discriminación por la edad y la calidad de vida.

<https://revistaparadigma.com.br/index.php/paradigma/article/view/1242/1173>

Guatrochi, Macarena. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar.

<https://redesdigital.com/index.php/redes>

Guzmán, Annali. (2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento whoqol-bref.

<https://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/handle/231104/249>

Hernández, Sampieri, Roberto. Fernández, Collado, Carlos. Baptista, Lucio, Pilar. (2006) Metodología de la investigación.

<http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20sampieri.pdf>.

Hernández, María. (2023). “Dejando Huellas”: Efectos Del Covid-19 En La Salud Mental De Adultos En El Municipio La Victoria Departamento Del Valle Del Cauca.

<https://repositorio.uan.edu.co/server/api/core/bitstreams/ce034cc3-3452-4bbe-920a-de3a1e694a17/content>.

INEGI. (2020). Censo de población y vivienda. [Población de Tulancingo de Bravo, Hidalgo, en 2020](#)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2023). Dirección de Gerontología con base en Consejo Nacional de Población (CONAPO).

[Segundo Informe Semestral 2023 Diagnóstico de las Personas Adultas Mayores](#)

- Lopategui, Edgar. (2016). Conceptos generales de salud.
http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U101_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf
- López, Diana, M. Popócatl, María, R. y Garza, Martha, G. (2023). Diagnóstico de la Situación de la Salud Mental y Física en los Adultos Mayores Post-Covid en el Municipio de Piedras Negras, Coahuila.
<https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/41>
- Luzzolino, Laura. (2024). Inventario de Depresión de Beck: qué es y cómo realizarlo.
<https://www.psicoactiva.com/blog/inventario-de-depresion-de-beck-que-es-y-como-realizarlo/>
- Merino, Micaela, F. (2024). Tratamientos psicológicos empíricamente validados del trastorno bipolar: una revisión sistemática.
<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/436bd720-f76a-4bef-9706-d869a21640e4/content>.
- Morales, Cristina, G y Alcívar, Silvio, A. (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. DOI: 10.23857/pc.v6i12.3382.
- Moreno, María, F. Galeano, Mary, Y. y Ríos, Jessica, Y. (2017). Concepto de calidad de vida del adulto mayor del hogar San Camilo de Villavicencio.
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/947db589-68314798-97ea-179edd251f4c/content>.
- OMS. (2022). Trastornos mentales.
<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>.
- Peralta, Alejandro. Medina, Eduardo, F. y Salazar, Katherine, J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica.
<https://www.redalyc.org/pdf/836/83646545005.pdf>

Pérez, G. (1999), Elaboración de Proyectos sociales (Casos prácticos), Narcea, S.A. Ediciones, Madrid.

Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2023) https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5616097

Rivera, Bleidy, X. Forero, Yency, J. y Toro, Juan, C. (2023). Influencia de la lectura en la salud mental de adultos mayores: revisión sistemática de la literatura. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/07e770315b0a4bd3-9cf9-83ab4e37dd7d/content>

Sanz Jesús, Frédérique Vallar & Ana Hernández. (2011). Inventario de ansiedad BECK. [Manual - Inventario de ansiedad de BECK \(BAI\) Descripción general características descripción nombre - Studocu](#)

Tomalá, Marilyn, L. (2021). Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario. <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/2895/1/marilyn%20tomala%20leon%20-%20tesis.pdf>

Universidad Pedagógica Nacional. (2019). Reglamento general para la obtención del título de licenciatura de la UPN. Gaceta.

Vallejo, Pamela, M. (2024). Calidad de vida del adulto mayor. <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/6592/1/vallejo%20barragan%20pamela%20mishell...-1.pdf>

Vázquez, Juan, P. (2020). Calidad de vida del adulto mayor. <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/6592/1/vallejo%20barragan%20pamela%20mishell...-1.pdf>

Velásquez, Suhail. (2013). Salud física y emocional. https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT10

Zambrano, Paulina. (2019). Salud mental en el adulto mayor. [Dialnet SaludMentalEnElAdultoMayor-7435297%20\(1\).pdf](#)

APÉNDICE

Apéndice 1



CARTA CONSENTIMIENTO

Por este medio le solicito su autorización para participar en el levantamiento de información que como parte del trabajo de investigación que en el marco de la elaboración de una tesis para obtener el grado de licenciatura en intervención educativa se está realizando.

El objetivo de la investigación es el de: Establecer la relación que pudiera existir entre la configuración familiar, el trayecto laboral, la salud física y la salud mental con los niveles de calidad de vida de 12 adultos mayores de la residencia Nicolás García de San Vicente.

De ante mano agradecemos su participación y le reiteramos la confidencialidad de la información.

ATENTAMENTE

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR

FIRMA

Apéndice 2



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO



Escala sobre configuración familiar para adultos mayores.

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Grado escolar:

Estado civil:

Género:

1. Antes de entrar aquí, ¿Cómo estuvo configurada su familia?
 - A. En pareja
 - B. Pareja e hijos
 - C. Únicamente hijos
 - D. Otros parientes, ¿Quién?

2. Si tuvo usted hijos, ¿Cuántos son ellos?
 - A. 1-3
 - B. 4-5
 - C. 5 o más

3. ¿Quién o quiénes lo visitan en la residencia?
 - A. Pareja
 - B. Hijos(a)
 - C. Nietos
 - D. Otros parientes, ¿Quién?

4. ¿Quién se hace cargo de sus gastos?
 - A. Hijos
 - B. Pareja

C. Nietos

D. Otros parientes

5. Si tiene hijos.....

¿Dónde viven?

¿Qué edad tienen?

¿A qué se dedican?

Apéndice 3



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO



Escala sobre el trayecto o historia laboral

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Grado escolar:

Estado civil:

Género:

1. ¿A qué tipo de trabajo se dedicó la mayor parte de su vida?

2. ¿Qué trabajos desempeño durante su vida?

3. ¿En alguno de sus trabajos fue pensionado?

A. Si B. No

¿En cuál? _____

4. ¿Cuánto tiempo laboró en cada trabajo que desempeño?

5. ¿Cuánto le pagaban en su trabajo?

Apéndice 4



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO



Indicadores de la salud física en adultos mayores

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Grado escolar:

Estado civil:

Género:

1. Peso: _____

2. Talla: _____

3. Estatura: _____

4. ¿Padece alguna enfermedad?

A. Diabetes

B. Hipertensión

C. Cardiovascular

D. Otra, ¿Cuál?

5. ¿Realiza actividades físicas?

A. Si

B. No

¿Cuáles?

6. ¿Lleva algún tipo de dieta?

A. Si

B. No

¿Cuál?

Apéndice 5



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO



INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Localidad: _____

Municipio: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor, escuche atentamente cada uno de los ítems, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Hormigueo o entumecimiento				
2. Sensación de calor.				
3. Temblor de piernas.				
4. Incapacidad de relajarse				
5. Miedo a que suceda lo peor.				
6. Mareo o aturdimiento.				
7. Palpitaciones o taquicardia.				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.				
9. Terrores.				
10. Nerviosismo.				
11. Sensación de ahogo.				
12. Temblores de manos.				

13. Temblor generalizado o estremecimiento.				
14. Miedo a perder control.				
15. Dificultad para respirar.				
16. Miedo a morir.				
17. Sobresaltos				
18. Molestias digestivas o abdominales.				
19. Palidez.				
20. Rubor facial.				
21. Sudoración (no debida del calor).				

Para obtener el resultado suma todos los puntos. Una vez que haya calculado la puntuación total, simplemente compárala con las siguientes categorías.

Una calificación de 0 a 21: sin ansiedad

Una calificación de 22 a 31: ansiedad leve

Una calificación de 32 a 41: ansiedad moderada

Una calificación de 42 a 63: ansiedad severa

Apéndice 6



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO



Indicadores de la salud mental en adultos mayores

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Grado escolar:

Estado civil:

Género:

Fecha:

Resultado:

INSTRUCCIONES: Escuche cuidadosamente cada grupo de oraciones y elija aquella que mejor describa la manera en que se sintió en las últimas dos semanas, inclusive el día de hoy.

1.- 0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	11.- 0. No estoy más irritado de lo normal en mí. 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes. 2. Me siento irritado continuamente. 3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
2.- 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. 1. Me siento desanimado respecto al futuro. 2. Siento que no tengo que esperar nada. 3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	12- 0. No he perdido el interés por los demás. 1. Estoy menos interesado en los demás que antes. 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. 3. He perdido todo el interés por los demás.
3.- 0. No me siento fracasado. 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso. 3. Me siento una persona totalmente fracasada.	13- 0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. 1. Evito tomar decisiones más que antes. 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. 3. Ya es imposible tomar decisiones.
4.-	14-

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no obtengo una satisfacción autentica de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	0. No creo tener peor aspecto que antes. 1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. 3. Creo que tengo un aspecto horrible.
5.- 0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Me siento culpable constantemente.	15- 0. Trabajo igual que antes. 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar hacer algo. 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo. 3. No puedo hacer nada en absoluto.
6.- 0. No creo que este siendo castigado. 1. Me siento como si fuese a ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.	16- 0. Duermo tan bien como siempre. 1. No duermo también como antes. 2. Me despierto una o dos antes de lo habitual y me resulta mucho más difícil volver a dormir. 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
7.- 0. No estoy decepcionado de mí mismo. 1. Estoy decepcionado de mí mismo. 2. Me da vergüenza de mí mismo 3. Me detesto	17- 0. No me siento más cansado de lo normal. 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa. 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
8.- 0. No me considero peor que cual otro. 1. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores. 2. Continuamente me culpo por mis faltas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.	18- 0. Mi apetito no ha disminuido. 1. No tengo tan buen apetito como antes. 2. Ahora tengo mucho menos apetito. 3. He perdido completamente el apetito.
9.- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. 2. Desearía suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	19- 0. Últimamente he perdido poco o no he perdido nada. 1. He perdido más de 2 kilos y medio. 2. He perdido más de 4 kilos. 3. He perdido más de 7 kilos. Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
10.- 0. No lloro más de lo que solía llorar. 1. Ahora lloro masque antes. 2. Lloro continuamente. 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	20- 0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, malestar de estómago o estreñimiento. 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
	21- 0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes. 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo. 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Para obtener el resultado suma todos los puntos. Por ejemplo, si tienes 0 puntos en la primera pregunta y 3 en la segunda, sumaras ambos para obtener una calificación de 3 para las dos primeras preguntas. Continúa de la misma forma para el resto de las preguntas hasta haber sumado las 21.

Una vez que hayas calculado la puntuación total, simplemente compárala con las siguientes categorías:

Una calificación de **0 a 13: sin depresión**

Una calificación de **14 a 19: depresión leve**

Una calificación de **20 a 28: depresión moderada**

Una calificación de **64 a 63: depresión severa**

Anota el resultado con letra legible en la parte superior del cuestionario.

Apéndice 7



GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO



Estado Libre y Soberano de Hidalgo

Indicadores de la salud mental en adultos mayores

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Nombre: L. K. L

Edad: 93 años **Ocupación:** Ama de casa **Grado escolar:** Primaria

Estado civil: Viuda **Género:** Femenino

Fecha: 27-04-24 **Resultado:** 23 puntos (depresión moderada)

INSTRUCCIONES: Escuche cuidadosamente cada grupo de oraciones y elija aquella que mejor describa la manera en que se sintió en las últimas dos semanas, inclusive el día de hoy.

1.- 0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	11.- 0. No estoy más irritado de lo normal en mí. 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes. 2. Me siento irritado continuamente. 3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
2.- 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. 1. Me siento desanimado respecto al futuro. 2. Siento que no tengo que esperar nada. 3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	12.- 0. No he perdido el interés por los demás. 1. Estoy menos interesado en los demás que antes. 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. 3. He perdido todo el interés por lo demás.
3.- 0. No me siento fracasado. 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso. 3. Me siento una persona totalmente fracasada.	13.- 0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. 1. Evito tomar decisiones más que antes. 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. 3. Ya es imposible tomar decisiones.
4.- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.	14.- 0. No creo tener peor aspecto que antes. 1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

2. Ya no obtengo una satisfacción autentica de las cosas.	2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	3. Creo que tengo un aspecto horrible.
5.-	15-
0. No me siento especialmente culpable.	0. Trabajo igual que antes.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.	1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar hacer algo.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3. Me siento culpable constantemente.	3. No puedo hacer nada en absoluto.
6.-	16-
0. No creo que este siendo castigado.	0. Duermo tan bien como siempre.
1. Me siento como si fuese a ser castigado.	1. No duermo también como antes.
2. Espero ser castigado.	2. Me despierto una o dos antes de lo habitual y me resulta mucho más difícil volver a dormir.
3. Siento que estoy siendo castigado.	3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
7.-	17-
0. No estoy decepcionado de mí mismo.	0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Estoy decepcionado de mí mismo.	1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me da vergüenza de mí mismo.	2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Me detesto.	3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
8.-	18-
0. No me considero peor que cual otro.	0. Mi apetito no ha disminuido.
1. Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.	1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.	2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.	3. He perdido completamente el apetito.
9.-	19-
0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.	0. Últimamente he perdido poco o no he perdido nada.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	1. He perdido más de 2 kilos y medio.
2. Desearía suicidarme.	2. He perdido más de 4 kilos.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	3. He perdido más de 7 kilos.
	Estoy a dieta para adelgazar SI/NO
10.-	20-
0. No lloro más de lo que solía llorar.	0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1. Ahora lloro masque antes.	1. Estoy preocupado por problemas fisicos como dolores, malestar de estómago o estreñimiento.
2. Lloro continuamente.	2. Estoy preocupado por mis problemas fisicos y me resulta difícil pensar algo más.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	3. Estoy tan preocupado por mis problemas fisicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
	21-
	0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
	1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
	2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
	3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Apéndice 8

1

GOBIERNO DEL ESTADO DE HIDALGO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA DE HIDALGO
HIDALGO UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL-HIDALGO

Escala sobre configuración familiar para adultos mayores.

Nombre: L. R. L

Edad: 93 años Ocupación: Amo de casa Grado escolar: Primaria

Estado civil: Viuda Género: Femenino

1. Antes de entrar aquí, ¿Cómo estuvo configurada su familia?

A. En pareja
B. Pareja e hijos
C. Únicamente hijos
D. Otros parientes, ¿Quién?

2. Si tuvo usted hijos, ¿Cuántos son ellos?

A. 1-3
B. 4-5
C. 5 o más

3. ¿Quién o quiénes lo visitan en la residencia?

A. Pareja
B. Hijos(a)
C. Nietos
D. Otros parientes, ¿Quién?

4. ¿Quién se hace cargo de sus gastos?

A. Hijos
B. Pareja
C. Nietos
D. Otros parientes

122

2. Pd

5. Si tiene hijos.....

¿Dónde viven?

1. Tulancingo
2. Tulancingo
3. Queretaro
4. Tulancingo.

¿Qué edad tienen?

1. 70 años
2. 60 años
3. 56 años
4. 55 años

¿A qué se dedican?

1. Pensionado (chofer, linea futura)
2. Chofer linea futura. Pensionado
3. Sembrador de verduras.
4. Retaculatoria en el centro.