

Comparativo de la calidad de vida subjetiva en los Centros de Atención Integral de dos países de habla hispana: perspectiva desde el envejecimiento

Comparative of the subjective quality of life in the Integral Care Centers of two Spanish-speaking countries: perspective from the aging

Rosa Isabel Garza Sánchez¹

José González Tovar²

Universidad Autónoma de Coahuila, México

Resumen. El propósito del estudio fue identificar las diferencias en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Instituto de Atención Integral en Saltillo, México y los adultos mayores que acuden a los Centros Espacio Mayor de la municipalidad de Providencia, en Santiago de Chile; así como las diferencias por sexo de ambas muestras. Se utilizó una metodología cuantitativa con alcances exploratorios. Se utilizó una versión adaptada del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad. Se eligieron, mediante un muestreo intencional, a 535 adultos mayores de Saltillo, Coahuila, México, 49% hombres ($n = 262$) y 51% mujeres ($n = 273$), y 300 adultos mayores de la Municipalidad de Providencia en Santiago de Chile, 11% hombres ($n = 33$) y 89% mujeres ($n = 267$). Los datos se procesaron mediante prueba de hipótesis para muestras independientes. Los resultados demostraron que sí existen diferencias significativas en los cuatro apartados del instrumento, siendo relevante el apartado Autonomía, ya que las diferencias se encontraron en los seis reactivos que lo conforman a favor de la muestra chilena. En cuanto a los resultados por sexo, se encontraron diferencias significativas en cada uno de los apartados.

Palabras clave. Adulto mayor, calidad de vida, autonomía, autodeterminación, religiosidad.

Abstract. The purpose of the study was to identify the differences in between the perception of the quality of life of the elderly who attend the Instituto de Atención Integral in Saltillo, Mexico and the elderly who attend the Centros Espacio Mayor of the Providencia, municipality in Santiago de Chile, as well as the differences by sex of both samples. We used a quantitative methodology with exploratory scopes. An adapted version of the Quality of Life Questionnaire for Older Adults in Community was used. 535 older adults from Saltillo, Coahuila, Mexico, 49% men ($n = 262$) and 51% women ($n = 273$) and 300 older adults from the Municipality of Providencia in Santiago, Chile, were elected by intentional sampling, 11% are men ($n = 33$) and 89% are women ($n = 267$). Data were processed by hypothesis testing for independent samples. The results showed that, if there are significant differences in the four sections of the instrument, being relevant the Autonomy section, since the differences were found in the six reagents that make it in favor of the Chilean sample. Regarding the results by sex, significant differences were found in each of the sections.

Keywords. Elderly, quality of life, autonomy, self-determination, religiosity.

¹Rosa Isabel Garza Sánchez. Universidad Autónoma de Coahuila, México. Dirección Postal: 25125. Saltillo, Coahuila, México. E-mail: isabelgarza@uadec.edu.mx

²José González Tovar. Universidad Autónoma de Coahuila, México. E-mail: josegonzaleztovar@uadec.edu.mx



Introducción

El envejecimiento demográfico es la característica principal en la evolución y el desarrollo de la población mundial en el siglo XXI. Esto es entendido como un proceso que alcanzó a la mayoría de los países desarrollados y de América Latina y está determinado por el aumento poblacional de adultos mayores. A medida que la proporción de niños y jóvenes disminuye, el grado de atención y cuidado es diferente en cada país y al interior de cada uno de ellos.

Los procesos de envejecimiento son distintos cuando se analizan a través de variables sociodemográficas (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016); además, los alcances que tiene el envejecimiento en la salud mental se correlacionan con un incremento en la incidencia y prevalencia de diversos problemas sanitarios y sociales (Acosta, 2015). Las cifras más recientes demuestran que el 8% de la población mundial tiene más de 65 años y se espera que, en un periodo de 20 años, dicha presencia aumente hasta el 20%. Muchas de estas personas, incluso, serán mayores de 80 años; el incremento en la población adulta mayor se ha considerado como un fenómeno global (Berrío, 2012; Pemberthy López et al., 2016) y para el caso de América Latina y el Caribe, la población se transformará de tener solo 11% del total de 60 años o más en 2015 a tener un 26% de 60 años o más para el año 2050 (Naciones Unidas, 2015) lo que implica estrategias específicas para la atención a este grupo poblacional.

Durante el proceso de envejecimiento se disminuye la función física y cognitiva de las personas que atraviesan esa etapa y esto puede conducir a deterioro en las capacidades funcionales. Son muchos los autores que mencionan que gran parte de la percepción de calidad de vida que tienen los adultos mayores se ve afectada por problemas físicos o presencia de enfermedad (Andrade Osorio, Castillo, Martínez & López, 2011; Castrejón-Pérez, Borges-Yañez & Irigoyen-Camacho, 2010; Gómez-Lomelí, Dávalos-Guzmán, Celis-de La Rosa & Orozco-Valerio, 2010; Manrique-Espinoza, Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo & Téllez-Rojo, 2011; Monroy-Rojas et al., 2016; Padilla Raygoza y Ruiz Paloalto, 2013).

Identificar el nivel de independencia que tienen los adultos mayores saludables se vuelve complicado cuando los trabajos parten de la base de una enfermedad; más cuando están condicionados a la modificación de hábitos y conductas, teniendo limitaciones en su autonomía y funcionalidad (Menéndez & Hernández, 2014). Dichos estudios colocan a la persona mayor en una condición de fragilidad, caracterizada por la disminución de fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas; así, aumentan la vulnerabilidad de la salud de un individuo (García-García, 2011; Tello-Rodríguez & Varela-Pinedo, 2016).

Las variables que, generalmente, son consideradas para determinar que un adulto esté sano tienen que ver con evaluaciones clínicas, antropométricas, de laboratorio y funcionales (Carrasco et al., 2010). Sin embargo, no necesariamente la presencia de enfermedad amerita dependencia y discapacidad y es importante considerar y contrastar la autopercepción que se tiene, ya que permite caracterizar la capacidad de autoeficacia, afrontamiento y resiliencia del adulto mayor. Lo anterior debido a que, entre los ancianos son más frecuentes, pero no exclusivas, las experiencias como el dolor por la muerte, el descenso del poder adquisitivo visto a partir de la jubilación y el sentimiento de nido vacío, pudiendo ocasionar aislamiento, angustia y dependencia (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016).

Otro aspecto tomado en cuenta al medir el nivel de calidad de vida del adulto mayor es la autonomía que tiene para realizar actividades cotidianas. En muchos casos, el cambio no deseado de rutinas y de hábitos, estas constituyen un catalizador de conductas y estados de ánimo no saludables. Así, por ejemplo, el caminar es una de las actividades naturales que permiten preservar la salud y calidad de vida (Salazar, Ramírez, Chaparro & León, 2014); el ejercicio físico modifica positivamente los factores de riesgo cardiovascular (Ramírez-Villada, Chaparro-Obando, León-Ariza & Salazar, 2015) y, desafortunadamente, las caídas son la causa más común de accidentes en adultos mayores y producen un estado de preocupación (Quintar & Giber, 2014), siendo las mujeres quienes tienen mayor prevalencia de caídas y las fracturas de cadera como la secuela más predominante

(Cruz et al., 2015). Otro de los factores que inciden en la calidad de vida está relacionado con el género y la situación conyugal; de nuevo, las mujeres son las más afectadas en la estabilidad económica por la esperanza de vida al quedar viudas (García González, 2016), y los hombres al asumir ciertas tareas del hogar (Otero A, et al., 2006 como se citó en Estrada & Mula, 2015).

El apoyo social que el adulto mayor tiene en esta etapa de la vida es parte importante de los componentes de la calidad de vida percibida; especialmente, cuando los adultos presentan alguna enfermedad de consideración. Gallegos-Carrillo et al. (2009) afirmaron que tener una red más amplia de familiares y amigos se asocia con mejor calidad de vida, en cualquier etapa de la vida, volviéndose un determinante sustancial en el envejecimiento (Meléndez, Tomas & Navarro, 2009); aspectos importantes para el desarrollo de programas que promuevan estilos de vida saludables (Blanco & Salazar, 2017).

Por otro lado, las creencias y la religión constituyen un factor protector en cualquier etapa de cambio y crisis. Para una aproximación más concreta a la función que tiene la práctica religiosa en la vida del adulto mayor, es necesaria la reconceptualización y operacionalización del término. Rivera-Ledesma y Montero (2005), utilizaron el término de *convicción espiritual*, que se refiere a las creencias y prácticas religiosas y espirituales; concluyó que la vida religiosa es importante para el adulto mayor.

Del mismo modo, los resultados arrojaron que los adultos mayores no se benefician de su vida espiritual (Flores-Pacheco, Huerta-Ramírez, Herrera-Ramos, Alonso-Vázquez & Calleja-Bello, 2011). Sin embargo, cada vez hay más reconocimiento de que las experiencias espirituales o religiosas de una persona contribuyen a la calidad de vida; se ha investigado la calidad de vida y su relación con la religiosidad en ancianos (Lopes et al., 2014); las medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2007; Rivera-Ledesma & Montero, 2005); las prácticas religiosas y su relación con la disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos (Ocampo, Romero, Saa, Herrera & Reyes-

Ortiz, 2006). Dichos estudios concluyeron que son las mujeres quienes tienen una mayor cercanía con Dios cuando se sienten en soledad; además, que existen altos niveles de religiosidad cuando el adulto mayor se encuentra enfermo, que las actitudes religiosas perduran toda la vida mientras que las actividades religiosas disminuyen en los últimos años; finalmente, la vida religiosa es importante para el adulto mayor.

En un país como México, el panorama en los adultos mayores constituye características altamente heterogéneas entre grupos sociales y regiones del país (INAPAM, 2010). La población aumentó casi 100 millones de habitantes desde los años cincuenta, colocando a México, en el 2015, en el tercer país de América Latina con mayor población. Asimismo, la esperanza de vida aumentará en los próximos 30 años alcanzando los 83.6 años para las mujeres y 79 para los hombres (CONAPO, 2011), por lo que resulta necesario dirigir la atención sobre su calidad de vida, donde el bienestar personal y social dependerá en gran medida del soporte familiar, comunitario e institucional que reciba.

En este mismo contexto, se puede afirmar que la cantidad de adultos mayores es la que crece de forma más acelerada desde hace 15 años. El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011) señalaba que en el año 2015 habitarían en México 11.1 millones de personas de 60 años o más y, para el año 2050, se espera que vivan 30.1 millones de 60 o más, teniendo un incremento de 20% en 2050 (United Nations [UN], 2015).

En Chile, se estima que, para el 2025, los adultos mayores constituirán el 20% de la población, generando nuevas necesidades socio sanitarias. Del mismo modo, se sabe que existen diversos factores que están directamente relacionados con la calidad de vida percibida en adultos mayores, incluyendo bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud en general y estado de salud mental y físico (Urzúa, Bravo, Ogalde & Vargas, 2011). Por este creciente aumento en la población, las investigaciones se están centrando en revisar y analizar el impacto que tienen en la calidad de vida diversas variables teóricas y empíricas: la autonomía, actividades del pasado,

presente y futuro, participación social y a nivel de calidad de vida global.

La situación económica, el apoyo social y el estado de salud se asocian de forma independiente con la satisfacción vital en los adultos mayores chilenos (Castillo-Carniglia, Albala, Dangour & Uauy, 2012). El hecho de presentar una discapacidad o de encontrarse institucionalizado no se debe traducir en una merma de las expectativas de lo que es una vida de calidad para el adulto mayor (Vega, Jenaro, Flores, Cruz & Artaza, 2013). Investigaciones realizadas con adultos mayores en población chilena han documentado que el fenómeno del envejecimiento que vive el mundo responde a cambios socioculturales, políticos y económicos, y que las actividades de vida diaria pueden influir en el desarrollo óptimo, los factores no hereditarios que se presentan con la edad, la audición y el sueño (Bustamante, Vidal & López, 2014; Durán, Mattar, Bravo, Moreno & Reyes, 2014), la motricidad (Medina, 2015), las emociones, la autonomía (Lara, López, Espinoza & Pinto, 2012; Jiménez, Fernández, Zurita, Linares & Farías, 2014) y la alimentación (Castrejón-Pérez, Borges-Yáñez & Irigoyen-Camacho, 2010), determinando un envejecimiento normal y uno saludable. El envejecimiento saludable posee la menor probabilidad de presentar enfermedades o discapacidad. Más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida (García, Candía & Durán, 2014).

Ponce, Lezaeta y Lorca (2011) describieron los factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas adultas mayores, especialmente en aquellas que tenían 80 años o más. Estos presentan una necesidad significativa de ayuda de terceros para la realización de sus actividades cotidianas, cuidado que normalmente es provisto por miembros de la familia. Factores como el número de enfermedades que ha padecido o padece, nivel de educación, ingresos, actividad física, actividades recreativas y la calidad de las relaciones familiares, importantes focos de intervención que permitan prevenir los deterioros asociados al envejecimiento

individual. Del estudio se encontró que la edad y el número de enfermedades son las principales variables explicativas en caso de dependencia funcional en la persona mayor.

A partir de las necesidades detectadas en este grupo poblacional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) realizó una propuesta de construcción de políticas públicas y se crearon centros específicos para la atención del Adulto Mayor (Viveros, 2001). El Instituto Integral del Adulto Mayor (IAM) en Coahuila, México tiene como objetivo que las personas jubiladas o pensionadas e incluso aquellas mayores de 55 años, participen en actividades de recreación y convivencia, donde se imparten capacitación en los ámbitos de computación, idiomas, manualidades, así como actividades físicas y culturales. Este instituto ofrece gratuitamente sus servicios, el único requisito es que acredite 55 años o más.

Por su parte, los Centros Espacio Mayor en Santiago de Chile, son un punto de encuentro, aprendizaje y diversión para los adultos mayores de 60 años o más con el objetivo de promover la calidad de vida de los adultos mayores autovalentes y en riesgo de dependencia mediante actividades deportivas, culturales y de esparcimiento. Estos centros o institutos, localizados en ambos países, buscan brindar atención integral al adulto mayor para que continúe con sus actividades de interés, mejorando su bienestar general, su autonomía, así como fomentar relaciones sociales para una vejez más digna, mejorando así su calidad de vida.

Dado que la población de adultos mayores en el mundo seguirá creciendo considerablemente, modificando la pirámide poblacional, se debe dar mayor importancia a las variables que influyen en su calidad de vida y poner mayor énfasis en estudios que abarquen todas las esferas que rodean al adulto mayor. Se trata de una problemática de prevención y atención, ya que una cantidad considerable de personas lo va a experimentar. Es por esto que el objetivo de investigación es identificar las diferencias existentes en las características sociodemográficas de los participantes que acuden a los centros integrales de ambos países, así como comparar la calidad de vida, por

género, mediante las características reportadas en las dimensiones de bienestar general, autodeterminación, autonomía y religiosidad percibida por los adultos mayores que acuden a los centros de atención en dos ciudades de México y Chile respectivamente.

Método

Diseño

El estudio es de corte cuantitativo, con un diseño *ex post facto* de tipo transversal, con alcances comparativos o de contraste a partir de variables demográficas (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Población y Participantes

La muestra estuvo conformada por 835 adultos mayores que acuden a centros de atención integral al adulto mayor de dos ciudades de dos países: Saltillo, México y Santiago de Chile. De ellos, el 64.7% ($n = 540$) son mujeres y el 35.3% ($n = 295$) son hombres. El método de muestreo utilizado fue mediante una selección intencional. La participación de los adultos fue totalmente voluntaria en cada centro. La muestra de Saltillo, México está constituida por el 64.1% ($n = 535$) y en la municipalidad de Providencia en Santiago de Chile por 35.9% ($n = 300$). Las características demográficas por muestra de las ciudades de cada país se describen en la Tabla 1.

Instrumento

Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad (González, Garza & Acevedo, 2015; González & Garza, 2016). Se utilizó una versión breve de 34 reactivos y un apartado de datos generales con 14 reactivos. Se realizó una adaptación cultural en Chile del mismo instrumento mediante la revisión de un experto. El instrumento se organizó en cuatro dimensiones que abarcan: Bienestar Físico, Autodeterminación, Autonomía y Religiosidad. La forma de respuesta del instrumento fue mediante una escala de frecuencias con cinco opciones para cada dimensión.

La dimensión bienestar físico está constituida por 14 variables. Mide la percepción que tiene el adulto mayor sobre su salud, la relación con otras personas

y su estado de ánimo ($\alpha = .792$, $r = .252$). La escala va desde muy mala, pasando por las opciones mala, regular y buena hasta llegar a muy buena.

La dimensión de autodeterminación está conformada por 11 variables, mide las opciones que tiene y tuvo el adulto mayor de elegir durante su vida ($\alpha = .823$, $r = .445$) y la escala abarca las opciones de nunca, casi nunca, a veces, casi todo el tiempo y todo el tiempo.

La tercera dimensión llamada autonomía está constituida por seis variables y mide la facilidad e independencia con la que el adulto mayor puede realizar actividades que requieran cierto esfuerzo físico ($\alpha = .939$, $r = .726$). La escala va desde hacer las cosas con mucha dificultad, hasta hacerlas sin dificultad.

Finalmente, la cuarta dimensión llamada religiosidad está conformada por tres variables que indican la creencia y su influencia en la vida del adulto mayor ($\alpha = .913$, $r = .779$), la escala tiene cinco opciones de respuesta nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, y siempre. En estudios previos, el instrumento ha demostrado consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de .908. Para esta muestra el valor alfa fue de .864, con una correlación promedio entre elementos de $r = .174$.

Procedimiento

La recolección de datos en los centros de atención se llevó a cabo mediante la heteroaplicación no remunerada con formato de respuesta anónimo en el Instituto Integral del Adulto Mayor en Saltillo, Coahuila y en cuatro sedes del Centro del Vecino Mejor en la municipalidad de Providencia. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes en apego estricto a las consideraciones éticas para la investigación de seres humanos.

Análisis de datos

Se exploró la forma de la distribución de los datos; en toda la medición se rechazó la hipótesis nula sobre la distribución normal de los datos según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Sin embargo, se optó por procesar los datos mediante la prueba T para muestras

Tabla 1
Características demográficas de la muestra en ambos países

Categoría		País de origen		Total
		Saltillo, México	Santiago, Chile	
Sexo	Hombre	262 49.0%	33 11.0%	295 35.3%
	Mujer	273 51.0%	267 89.0%	540 64.7%
Estado Civil	Casada (o)	325 60.7%	134 44.7%	459 55.0%
	Divorciada (o)	36 6.7%	20 6.7%	56 6.7%
	Viuda (o)	124 23.2%	84 28.0%	208 24.9%
	Separada (o)	24 4.5%	26 8.7%	50 6.0%
	Soltera (o)	24 4.5%	32 10.7%	56 6.7%
	Conviviente (Unión libre)	2 0.4%	4 1.3%	6 0.7%
	Edad	$M = 69.13$ $DT = 7.48$	$M = 72.76$ $DT = 7.25$	$M = 70.40$ $DT = 7.59$
Años de escolaridad	$M = 8.96$ $DT = 4.82$	$M = 15.60$ $DT = 3.41$	$M = 11.27$ $DT = 5.40$	

Nota. M = media aritmética, DT = Desviación típica.

independientes y la prueba U de Mann-Whitney, utilizando como variable agrupadora el país de procedencia y el sexo y como variables de contraste los diferentes apartados del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores en comunidad. Se tomó en cuenta el tamaño de la muestra y el nivel de medición de las

variables para considerar tanto análisis paramétricos como no paramétricos; también para demostrar la consistencia del resultado. Además, el 32% de las variables presentaron un perfil asimétrico negativo superior a uno y 16% un perfil platicúrtico y leptocúrtico. Estos procedimientos fueron realizados en el paquete

SPSS versión 24. Se reportaron únicamente aquellas variables en las que la hipótesis nula fue rechazada por cada dimensión del instrumento.

Resultados

Para el caso de los adultos mayores que acuden al Instituto Estatal del Adulto Mayor en México, se encontró que el 57.3% tienen entre 60 y 69 años de edad, el 30.1% de 70 a 79 años y un 12.3% mencionaron tener 80 años o más. Para la escolaridad, el 33.5% mencionó haber cursado seis años; el 18.1%, estudió 15 años; y el 14.8%, nueve años. Se resalta un 11% de la muestra que refirió no tener ningún año de estudio.

Del mismo modo, el 21.1% de los adultos mayores tuvieron tres hijos; 17%, cuatro hijos; y 14.2%, dos hijos. En relación con las horas que duermen, el 48.6% mencionó que entre 7 y 8 horas; por otro lado, el 79.3% no realiza alguna actividad física y el 56.6% indicó padecer alguna enfermedad que considera que lo incapacita para realizar sus actividades cotidianas. Con relación a si trabajó alguna vez por un sueldo, el 80.4% mencionó que sí trabajó; de este porcentaje, 42.8% lo hizo por más de 30 años.

La muestra chilena de los Centros Espacio Mayor se caracteriza por tener al 45.7% de adultos mayores entre 70 y 79 años; el 34.4% tienen de 60 a 69 años y un 15.6% de la muestra tiene 80 o más años. La escolaridad medida en años mostró que el 31.7% estudió 18 años; seguido por un 20%, que cursó 12 años.

El 33.3% indicó haber tenido tres hijos y un 27.5% dos hijos; se destaca el 12.2% que mencionó no haber tenido hijos. El 52% de los participantes duerme de 7 a 8 horas y el 30.3% solo seis horas. Asimismo, el 77.3% de la muestra practica algún deporte o actividad física y solo el 15% de los adultos mayores considera que tiene una enfermedad que lo incapacita para realizar actividades cotidianas. El 88.7% de la muestra chilena trabajó por un sueldo; de este, el 51.6% realizó esta actividad por más de 30 años.

Se contrastaron ocho variables numéricas de los datos sociodemográficos incluidos de manera complementaria en el instrumento de calidad de

vida. Hay diferencias significativas en la muestra de los adultos mayores mexicanos y chilenos en cinco indicadores. La muestra del Instituto Integral del Adulto Mayor en México presentó mayores puntuaciones en el número de hijos, las horas que duerme el adulto mayor en promedio por noche y el número de visitas que realiza al médico durante un año. Por su parte, la muestra de los Centros Espacio Mayor en Chile tiene un mayor número de horas que dedica al cuidado de una persona enferma y reporta un mayor número de años de trayectoria laboral. En la muestra mexicana existen diferencias por sexo en el número de años de trabajo remunerado ($t = 12.354$, $p = .001$, $U = 16725.500$, $p = .001$) y el número de visitas al médico al año ($U = 31827.000$, $p = .026$). En la muestra chilena hay diferencias solo en el número de años de trabajo remunerado ($t = 3.370$, $p = .001$, $U = 2191.000$, $p = .001$). En la tabla 2 se resumen los resultados que se acaban de detallar.

Con respecto a los apartados o dimensiones del cuestionario de calidad de vida, en la sub escala de *bienestar general* (ver tabla 3), hay diferencias significativas entre los adultos mayores (de los centros de ambos países) en ocho de las catorce variables que componen el apartado. Solo dos variables tuvieron un nivel de significancia mayor para los adultos mayores del Instituto Integral en México: el haberse sentido nervioso sin un motivo aparente y el asistir al médico solo cuando se ha sentido enfermo. De estas dos variables, se identificaron diferencias por sexo en solo en una de ellas; la relacionada con sentirse nervioso sin motivo aparente ($t = 3.068$, $p = .003$, $U = 30667.500$, $p = .003$).

Por otro lado, el percibir su estado de salud en general, su salud física, sus relaciones sociales, así como sentir que se enferma con mayor frecuencia, que su salud es peor comparada con la de hace un año y sentir que se enoja fácilmente, fue significativamente mayor en el Centro Espacio Mayor en Chile. Dos de las variables muestran diferencias entre las pruebas: que los adultos mayores sientan que se han enfermado con mayor frecuencia resultó significativa en la prueba no paramétrica; sin embargo, en la prueba T se aceptó la hipótesis nula.

Tabla 2
Análisis comparativo por país de procedencia de características demográficas

Variable	País	M	DT	t	gl	p	U ^{M-W}	p
Número de hijos	México	4.16	2.51	12.12	825.39	.001	45993.5	.001
	Chile	2.49	1.46					
Horas de sueño	México	7.13	1.89	3.583	783.88	.001	64989	.001
	Chile	6.73	1.30					
Visitas al médico al año	México	7.08	6.71	15.98	676.92	.001	27903	.001
	Chile	2.08	1.73					
Años trabajados	México	25.75	18.90	-2.14	674.59	.033	62980.5	.045
	Chile	28.27	13.65					
Horas como cuidador	México	2.82	.928	-2.14	84	.035	678.5	.036
	Chile	3.24	.895					

Nota. M = Las diferencias son significativas a un nivel de $p \leq .050$.

Las relaciones sociales y la valoración de la salud comparada con un año anterior presentaron un tamaño del efecto moderado y grande respectivamente. En un análisis por sexo en cada muestra, se encontró que existen diferencias significativas en la muestra mexicana en sensaciones de nerviosismo ($t = 3.068, p = .002, U = 30667.500, p = .003$) e irritabilidad ($t = -3.436, p = .001, U = 29713.000, p = .001$). La muestra chilena presentó diferencias en dos indicadores de bienestar general, la sensación de nerviosismo ($t = 2.152, p = .032, U = 2947.000, p = .005$) y cansancio ($t = 2.787, p = .006, U = 3139.000, p = .033$).

En la sub escala de *autodeterminación* (ver tabla 4), existen diferencias significativas en cuatro de las once variables que lo integran. Las diferencias están ubicadas en tres variables hacia la muestra de adultos mayores chilenos: haber tenido la oportunidad de elegir dónde vivir, si estudiaban o no y que estudiar; mientras que en la muestra mexicana se tiene una diferencia significativamente mayor en la variable piensa lo que opinan las otras personas sobre usted.

Existe diferencia en una variable (donde vivir) respecto a las pruebas aplicadas. Dentro del análisis por sexo, en la muestra mexicana se encontraron diferencias en las decisiones sobre dónde vivir ($t = 2.708, p = .007$), qué estudiar ($t = 2.714, p = .007$), y qué hacer con el tiempo libre ($t = 2.701, p = .007$). No se encontraron diferencias por sexo en la muestra chilena.

Para el caso de la sub escala *autonomía* (ver tabla 5), las diferencias significativas se encontraron en todas las variables de la sub escala y con resultados significativos en la prueba T y en la prueba U. Las diferencias son significativamente mayores en los adultos mayores que acuden a los Centros Espacio Mayor en Chile, mostrando menor dificultad al bañarse, salir a la calle a pasear, vestirse, limpiar su casa, salir de comprar y cocinar. Esto indica una mejor percepción en el desarrollo físico de los adultos mayores. No se encontraron diferencias por sexo en la muestra mexicana. Hay diferencias significativas por sexo en la muestra chilena en la variable de cocinar ($U = 3750.000, p = .014$).

Tabla 3

Análisis comparativo por país de procedencia del apartado de Bienestar General de la Escala de Calidad de Vida auto-percibida en adultos mayores en comunidad

Variables	País	M	DT	t	p	U ^{M-W}	p
...su estado de salud en general	México	3.71	.984	-4.598	.001	66197.5	.000
	Chile	3.98	.684				
...su salud física	México	3.63	.816	-5.585	.001	60694	.001
	Chile	3.93	.721				
...sus relaciones sociales	México	3.82	1.013	-8.129	.001	57021.5	.001
	Chile	4.30	.669				
...siento que me he enfermado con mayor frecuencia	México	3.58	.989	-1.920	.055	65854.5	.001
	Chile	3.75	1.323				
...mi salud es peor comparada con la de hace un año	México	2.48	.973	-13.264	.001	37730.5	.001
	Chile	3.66	1.324				
...me he sentido nervioso sin motivo	México	3.63	1.008	2.272	.024	71089.5	.099
	Chile	3.42	1.353				
... siento que me enojo fácilmente	México	3.47	1.116	-2.645	.008	66964	.002
	Chile	3.71	1.259				
... he asistido al médico solo cuando me he sentido enfermo	México	2.93	1.658	3.749	.001	70818	.044
	Chile	2.49	1.584				

Nota. Las diferencias son significativas a un nivel de $p \leq .050$.

Finalmente, los resultados obtenidos en la subescala *religiosidad* (ver tabla 6) mostraron diferencias significativas en dos variables de las tres que la componen, dicha diferencia está cargada hacia la muestra de los centros Espacio Mayor cuando tienen que afrontar situaciones difíciles y para ver la vida de manera más positiva. Existe una diferencia en las pruebas, en la variable en qué medida influye la religión para ver la vida de manera más positiva, siendo superior en la prueba T ($p \leq .308$). Hay diferencias

por sexo en el Instituto Integral en México, quienes perciben a la religión como útil cuando tienen que afrontar situaciones difíciles ($t = -5.286$, $p = .001$, $U = 27096.000$, $p = .001$), ver la vida más positiva ($t = -5.014$, $p = .002$, $U = 27949.000$, $p = .001$) y para afrontar enfermedades ($t = -5.100$, $p = .001$, $U = 27763.000$, $p = .001$). Para la muestra chilena solo hay diferencias por sexo en el uso de la religión para afrontar situaciones difíciles ($t = -3.049$, $p = .003$, $U = 3257.000$, $p = .005$).

Tabla 4

Análisis comparativo por país de procedencia del apartado de autodeterminación de la Escala de Calidad de Vida auto-percibida en adultos mayores en comunidad

Variabes	País	M	DT	t	p	U ^{M-W}	p
... dónde vivir (colonia, ciudad, etc.)	México	3.96	1.242	-2.299	.022	71979	.055
	Chile	4.16	1.106				
... si estudiaba o no	México	3.26	1.664	-10.554	.001	53593	.001
	Chile	4.27	1.076				
... qué estudiar	México	3.13	1.754	-11.798	.001	50771	.001
	Chile	4.31	1.101				
... piensa en lo que opinan las otras personas sobre usted	México	3.58	1.235	12.501	.001	41559	.001
	Chile	2.45	1.236				

Nota. Las diferencias son significativas a un nivel de $p \leq .050$.

Tabla 5

Análisis comparativo por país de procedencia del apartado de autonomía de la Escala de Calidad de Vida auto-percibida en adultos mayores en comunidad

Variabes	País	M	DT	t	p	U ^{M-W}	p
... bañarse	México	4.41	1.134	-7.787	.001	60682	.001
	Chile	4.94	0.316				
... salir a la calle para pasear	México	4.12	1.279	-9.811	.001	52036	.001
	Chile	4.88	0.45				
... vestirse	México	4.44	1.071	-7.847	.001	58838	.001
	Chile	4.94	0.322				
... limpiar su casa o pieza	México	4.11	1.266	-8.635	.001	54940.5	.001
	Chile	4.79	0.61				
... salir de compras	México	4.04	1.334	-10.445	.001	50229.5	.001
	Chile	4.88	0.428				
... cocinar	México	4.14	1.242	-9.436	.001	51813.5	.001
	Chile	4.86	0.545				

Nota. Las diferencias son significativas a un nivel de $p \leq .050$.

Tabla 6

Análisis comparativo por país de procedencia del apartado de religiosidad de la Escala de Calidad de Vida auto-percibida en adultos mayores en comunidad

	<i>País</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>U-M-W</i>	<i>p</i>
... cuando tiene que afrontar situaciones difíciles	México	4.22	1.047	-2.505	.012	67590.5	.001
	Chile	4.42	1.090				
... para ver la vida de manera más positiva	México	4.28	.999	-1.019	.308	71816	.025
	Chile	4.36	1.125				

Nota. Las diferencias son significativas a un nivel de $p \leq .050$.

Discusión

El nivel de bienestar reportado en los adultos mayores de los centros de atención a la vejez de las dos ciudades de ambos países difiere significativamente. Esto según los resultados del estudio en cuanto al bienestar general percibido, que corresponde tanto la percepción de salud física y mental que el adulto mayor ha manifestado durante el último mes. Las diferencias encontradas demostraron un mayor nivel de bienestar general en la muestra chilena, al menos en la mayoría de los indicadores que componen esta dimensión.

La puntuación alcanzada en ambos países corresponde a niveles satisfactorios o saludables en dicha percepción; sin embargo, resultó más alta en el país sudamericano. En relación con el sexo, fueron los hombres de ambos centros quienes obtuvieron diferencias: los mexicanos quienes se sienten nerviosos sin un motivo aparente y los chilenos quienes perciben mejor su salud física. Concluyendo diferencias importantes: mientras que un grupo identifica aspectos negativos (sentirse nervioso), la otra muestra identifica aspectos positivos (bienestar físico). Esto demuestra la eficacia e impacto que tienen los centros de atención a los adultos mayores en las diferentes áreas evaluadas, más allá de la valoración del estado de salud mediante biomarcadores específicos.

Por otro lado, a pesar de que en la subescala de autodeterminación se encontraron diferencias entre los centros de ambos países, la cantidad de variables no representa la mayoría de los reactivos medidos en este apartado. En conjunto, se puede concluir que esta

variable tiene un comportamiento similar en ambas muestras; lo mismo al revisar diferencias por sexo. Es decir, la asistencia a centros de atención para adultos mayores en ambos países fortalece la percepción que el adulto mayor tiene o ha tenido sobre su vida.

Los adultos mayores chilenos que acuden al centro por más tiempo reportaron que tienen menor dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana, es decir aquellas orientadas a la funcionalidad de carácter instrumental, como es bañarse, salir a la calle, vestirse, limpiar su casa, salir de compras y cocinar. Esta última presentó diferencias a favor de las mujeres, relacionado, posiblemente, con la cultura en donde el rol femenino estuvo orientado al ámbito privado de hace 20 ó 30 años. Pero hay que destacar que las puntuaciones en ambos Centros de Atención corresponden a un nivel de dificultad bajo.

Con respecto a la religiosidad, en los estudios previos en población chilena no se ha reportado a la religiosidad como un elemento constitutivo de la calidad de vida. En el caso mexicano, sin embargo la vida religiosa es un componente de relevancia que se enquista en este concepto. Los estudios que han abordado solamente las prácticas religiosas en la vida de adulto mayor sin necesariamente vincularlo con la calidad de vida, han reportado que las experiencias espirituales o religiosas contribuyen a su bienestar en forma de afrontamiento, como apoyo ante la disfunción familiar, soporte social y presencia de sintomatología depresiva (Chaves et al., 2014; Rivera-Ledesma & Montero-López, 2007; Rivera-Ledesma & Montero, 2005; Ocampo, Romero,

Saa, Herrera, y Reyes-Ortiz, 2006), aunque otros autores han considerado el bienestar psicológico y el espiritual como fenómenos distinto (Bekelman et al., 2010; Shah et al., 2011), el valor práctico que tiene la religiosidad en la vida del adulto mayor, en específico la enfermedad crónica que tiene un alto impacto en la salud mental de las personas mayores (Ocampo, Romero, Saa, Herrera & Reyes-Ortiz, 2006), contrario a lo expuesto por Rivera-Ledesma y Montero (2005) en adultos mayores mexicanos. En este caso, ambas muestras reportaron hacer uso de la religiosidad como un estilo de afrontamiento y, para el caso chileno y las mujeres en particular, es mayor; especialmente cuando se afrontan situaciones difíciles.

La autonomía reportada por los adultos mayores de los centros de ambos países resultó con baja dificultad para desempeñar sus actividades de la vida diaria, los participantes chilenos presentaron un mayor nivel de autonomía que los participantes mexicanos. La autonomía en este caso va relacionada con actividades naturales que les permiten preservar la salud física y que es un factor protector importante para la prevención de enfermedades cardiovasculares (Salazar, Ramírez, Chaparro & León, 2014; Ramírez-Villada, Chaparro-Obando, León-Ariza & Salazar, 2015).

Lo que destaca en este comportamiento en ambas muestras es el modelo de intervención comunitaria, del cual son procedentes los adultos mayores participantes, el contexto es lo que está configurando la noción de calidad de vida. El modelo de centros de atención del adulto mayor fortalece los factores de riesgo de deterioro físico y mental, mejorando la capacidad de afrontamiento, resiliencia y funcionalidad aún cuando esté presente la enfermedad.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo brindado para esta Investigación al Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COEES) de Chile, a la Dra. Mónica Gerber de la Universidad Diego Portales y al Departamento del Adulto Mayor de la Municipalidad de Providencia, Santiago de Chile.

Referencias

- Acosta, M. Á. (2015). Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(2), 58-64. doi: [10.1016/j.reml.2014.11.001](https://doi.org/10.1016/j.reml.2014.11.001)
- Andrade, É., Padilla, N., & Ruiz, M. L. (2013). Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes, Ags.: Un estudio transversal. *Enfermería Global*, 12(31), 34-42. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013003300003&ynrm=iso
- Berrio, M.I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194. doi: [10.1016/j.rca.2012.04.001](https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.04.001)
- Blanco, L., Martínez, M. L., & Aguilar, J. F. J. (2011). Calidad de vida del adulto mayor con trastornos de la marcha posterior a un programa de rehabilitación física. *Atención Primaria*, 43(2), 104-105. doi: [10.1016/j.aprim.2010.01.021](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.01.021)
- Blanco, M., & Salazar, M. (2017). Predictores socio-emocionales y cognitivos: su papel en la comprensión del envejecimiento con éxito en el contexto costarricense. *Universitas Psychologica*, 16(1), 8-16. doi: [10.11144/Javeriana.upsy16-1.pssc](https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.pssc)
- Bustamante, M. A., Vidal, C. L., & López, L. P. (2014). Impacto del uso de audífonos para adultos mayores en Chile. *Información Tecnológica*, 25(3), 177-184. doi: [10.4067/S0718-07642014000300020](https://doi.org/10.4067/S0718-07642014000300020)
- Carrasco, M., Martínez, G., Foradori, A., Hoyl, T., Valenzuela, E., Quiroga, T., Gac, H., Ihle, S., & Marin, P. P. (2010). Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Revista Médica de Chile*, 138(9), 1077-1083. doi: [/S0034-98872010000900001](https://doi.org/S0034-98872010000900001)
- Castillo-Carniglia, Á., Albala, C., Dangour, A. D., & Uauy, R. (2012). Factors associated with life satisfaction in a cohort of older people in Santiago, Chile. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 414-420. doi: [10.1016/j.gaceta.2011.11.021](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.021)

- Castrejón-Pérez, R. C., Borges-Yáñez, S. A., & Irigoyen-Camacho, M. E. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(5), 321-329. doi: 10.1590/S1020-49892010000500001
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2011). *Transición demográfica en México*. Recuperado de Mexico D. F.: file:///C:/Users/Lanix/Downloads/Transici%C3%B3n%20demogr%C3%A1fica%20de%20M%C3%A9xico%20(2).pdf
- Cruz, P. D., Pérez, P. A., Piloto, R. A., Díaz, L. D., Morales, I. A., & Reyes, H. Y. (2015). Some causes related to falls in the home of the elderly. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(1), 35-41.
- Durán, S., Mattar A. P., Bravo B. N., Moreno B. C., & Reyes G. S. (2014). Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(11), 1371-1376. doi: 10.4067/S0034-98872014001100002
- Flores-Pacheco, S., Huerta-Ramírez, Y., Herrera-Ramos, O., Alonso-Vázquez, O. F., & Calleja-Bello, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 3(2), 89-100. doi: [10.5460/jbhsi.v3.2.30224](https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.30224)
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo, R., Cruz, M., González, G., & Muñoz, A. (2013). Evaluación calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 179-192.
- Gallegos-Carrillo, K., Mudgal, J., Sánchez-García, S., Wagner, F. A., Gallo, J. J., Salmerón, J., & García-Peña, C. (2009). Redes sociales y calidad de vida relacionada a la salud: un estudio de base poblacional en adultos mayores. *Salud Pública de Mexico*, 51(1), 6-13.
- Gallo Estrada, J. y Molina Mula, J. (2015) Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos* [online]. 2015, vol.26, n.1. pp.3-9. doi: 10.4321/S1134-928X2015000100002.
- García, P., Candía, P., & Durán, S. (2014). Asociación del consumo de desayuno y la calidad de vida en adultos mayores autonomos chilenos. *Nutricion Hospitalaria*, 30(4), 845-850. doi: [10.3305/nh.2014.30.4.7431](https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7431)
- García-García, F. J., Larión, J. L., & Rodríguez, L. (2011). Fragilidad: un fenotipo en revisión. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 51-58. doi: [10.1016/j.gaceta.2011.08.001](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.001)
- García González, F. (2016). Vejez, viudas y soledad rural en la España centro-meridional del siglo XVIII. *Studia Historica: Historia Moderna* 38(2): 287-324. doi: [10.14201/shhmo2016382287324](https://doi.org/10.14201/shhmo2016382287324)
- Gómez-Lomelí, Z. M., Dávalos-Guzmán, J., Celis-de La Rosa, A. J., & Orozco-Valerio, M. J. (2010). Estado de funcionalidad de adultos mayores empacadores en tiendas de autoservicio. *Gaceta Médica de México*, 146(2), 90-97.
- González, J., Garza, R. I., & Acevedo, J. (2015). *Calidad de vida en la vejez: su medición y propuesta de un modelo*. Ciudad de México: Fontamara-UAdeC.
- González, J., & Garza-Sánchez, R. I. (2016). Primera revisión del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores. *Ciencia Ergo Sum*, 23(1), 17-25.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill. Sexta Edición
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2010). *Por una Cultura del Envejecimiento* (Primera ed. Vol. 1). México. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores- SEDESOL
- Jiménez S. C. E., Fernández G. R., Zurita O. F., Linares G. D., & Farías M. A. (2014). Programas de educación en salud y entrenamiento de la fuerza en adultos mayores con artrosis de cadera leve a moderada. *Revista Médica de Chile*, 142(4), 436-442. doi: 10.4067/S0034-98872014000400004
- Lara, R. A., López, M. A., Espinoza, E. C., & Pinto, C. (2012). Actividades instrumentales de la Vida Diaria en personas mayores atendidas en la red de atención

- primaria de salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index de Enfermería*, 21(1-2). doi: 10.4321/S1132-12962012000100006
- Lopes, E. C., Freire, C., Salgado, V. H., Mesquita, A. C., Santana, F., & Alves, D. A. (2014). Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: Um estudo transversal. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 648-655. doi: 10.1590/0104-07072014001000013
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 26-33.
- Medina, P. (2015). Actitud de marcha según nivel socioeconómico en adultos mayores autovalentes. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 31(4), 501-507. doi: 10.1590/0102-37722015042626501507
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., & Navarro, E. (2009). Análisis de la estructura y funciones de las redes sociales en la vejez mediante la entrevista Manheim de apoyo social. *Revista Salud Pública de México*, 19(1), 6-11.
- Menéndez, M., & Hernández, L. (2014). Autonomy and the elderly, not always a perfect pair. *Medwave*, 14(9), e6027. doi: 10.5867/medwave.2014.09.6027
- Ocampo, J. M., Romero, N., Saa, H. A., Herrera, J. A. & Reyes-Ortiz, C. A. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia 2001. *Colombia Médica*, 37(2), 26-30.
- Pemberthy, C., Jaramillo-Gómez, N., Velásquez, C. A., Cardona-Vélez, J., Contreras-Martínez, H., & Jaramillo-Restrepo, V. (2016). Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(3), 210-217. doi: 10.1016/j.rccar.2015.12.006
- Ponce, M. S. H., Lezaeta, C. B., & Lorca, M. B. F. (2011). Factores de riesgo de la dependencia funcional de las personas mayores chilenas y consecuencia en el cuidado informal. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139. doi: 10.1007/s12062-011-9043-7
- Quintar, E., & Giber, F. (2014). The falls in the elderly: Risk factors and consequences. *Actualizaciones en Osteología*, 10(3), 278-286.
- Ramírez-Villada, J. F., Chaparro-Obando, D., León-Ariza, H. H., & Salazar, J. (2015). Effects of physical exercise on cardiovascular risk factors of elderly people: Systematic review. *Rehabilitación*, 49(4), 240-251. doi: 10.1016/j.rh.2015.07.004
- Rivera-Ledesma, A. & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores Mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47.
- Salazar, J. D., Ramírez, J. F., Chaparro, D. & León, H. H. (2014). Systematic review of the impact of physical activity on gait disorders in the elderly. *Apunts. Educación Física y Deportes*(118), 30-39. doi: 10.5672/apunts.2014-0983.es.(2014/4).118.03
- Tello-Rodríguez, T., & Varela-Pinedo, L. (2016). Fragility in older adults: Detection, community-based intervention, and decision-making in the management of chronic illnesses. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 328-334. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2207
- Tisnés, A., & Salazar-Acosta, L. M. (2016). Population aging in Argentina. Being an aging adult in Argentina. A social vulnerability approach. *Papeles de Población*, 22(88), 209-236.
- United Nations [UN] (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241*.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 139(8), 1006-1014. doi: 10.4067/S0034-98872011000800005
- Vega, V., Jenaro, C. J., Flores, N., Cruz, M., & Artaza, C. (2013). Quality of life of adults with intellectual

- disabilities institutionalized in Chile from the perspective of service providers. *Universitas Psychologica*, 12(3), 923-932. doi: [10.11144/Javeriana.UPSY12-3.cvad](https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.cvad)
- Viveros, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: Políticas públicas y las acciones de la sociedad*. CEPAL-UN. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7155/S01121062_es.pdf
- WHOQOL Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1486-1497. doi: [10.1016/j.socscimed.2005.08.001](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001)

Recibido: 17 de mayo de 2017

Aceptado: 3 de octubre de 2017