



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/045d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Factores Sociales y Familiares y Percepción de Calidad de Vida por el Adulto Mayor en dos Regiones de la República Mexicana
<i>Autores</i>	Víctor Manuel Velasco Rodríguez, ¹ Rocío Guadalupe Contreras Corona, ² Sonia P. Córdova Estrada, ¹ Gabriel Gerardo Suárez Alemán, ¹ Hugo Antonio Núñez Hernández, ¹ Juan Manuel Arellano Jiménez ¹
<i>Centro/institución</i>	(1) Escuela de Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón. (2) Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón
<i>Ciudad/país</i>	Torreón (Coahuila), México
<i>Dirección e-mail</i>	Victorvelasco07@gmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: La calidad de vida es un concepto subjetivo que implica la sensación de bienestar y satisfacción de un sujeto ante las situaciones de la vida. Se encuentra influenciado por múltiples factores. El objetivo del trabajo es determinar las diferencias existentes en los factores que influyen la percepción de calidad de vida en adultos mayores de dos regiones de México, Torreón, Coahuila en el norte y Mérida, Yucatán en el sur.

Metodología: Estudio transversal con selección aleatoria de 80 sujetos de cada población (n total=160). Se determinó la calidad de vida con el instrumento SF 36. Mediante entrevista y aplicación de escalas Katz, Apgar familiar, Yesavage, Violencia y Folstein, se obtuvieron los factores sociales, familiares, laborales, educativos, económicos y de salud asociados.

Resultados principales: Un 38.4% de los sujetos perciben calidad de vida como buena (puntuación SF36 >75%), y es superior en Mérida que en Torreón (44% vs 32%, p<0.05). Se percibió mejor calidad en las dimensiones Salud General, Vitalidad y Función Social, siendo las dos primeras mejor percibidas en Mérida. Los factores asociados a la percepción de mejor calidad de vida fueron no estar solo, tener una familia funcional, vivir con la esposa, tener actividades recreativas y en clubs y tener facilidad en el cuidado familiar. Estos factores se presentaron más frecuentes en la población de Mérida.

Conclusión principal: Las diferencias observadas pueden estar explicadas por un estilo de vida más tradicional en la Ciudad de Mérida, con mayor preservación de valores y apoyo del núcleo familiar.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Actualmente se vive un proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial. La cantidad de adultos mayores de 65 años de edad se ha incrementado en los últimos 20 años de 150 a 370 millones de habitantes.¹⁻³ En México en el año 2010 el 9.4 % de la población tienen arriba de 60 años (cerca de 10 millones de habitantes) y el 6.6% tiene más de 65 años de edad y de acuerdo a las proyecciones del banco mundial, se calcula que para el año 2050 sobrepase los 35 millones.⁴ Este incremento en número absolutos y proporcionales de adultos mayores se explica por una parte por la disminución de la tasa de natalidad, aunado a la disminución de mortalidad y morbilidad infantil, lo que permite que un mayor número de infantes alcancen la edad adulta, además, existe mejor control de salud y de los cuidados de enfermería en los procesos crónicos y de enfermedades degenerativas.⁵ Lo anterior tiene como consecuencia una transición demográfica ya que apreciamos incremento en la esperanza de vida y longevidad de la población, lo que genera una inversión de la estructura de la pirámide poblacional.⁶

El incremento en la población de adultos mayores tiene impacto en diversas esferas, como es en el ámbito de la Salud, ya que el individuo al vivir más años tiene más tiempo para manifestar más enfermedades, problemas crónicos y discapacidades que le llevan a requerir atención médica y de enfermería, medicamentos y atenciones de rehabilitación.⁷ También existe Impacto social y económico, ya que por una parte, la necesidad de atenciones en salud implican gastos personales y de las instituciones de salud, y por otra, dada la realidad laboral del país que privilegia las oportunidades de trabajo a personas jóvenes, el 72.3% de mayores de 65 años no contribuyen a la producción económica del país por no tener trabajo, por lo que se observa que un porcentaje elevado no tienen ingresos económicos, y de los que reciben por alguna vía un ingreso, este es mínimo e insuficiente.⁸

La estructura familiar también resiente este fenómeno de transición demográfica, porque se vuelven el sustento de los adultos mayores ya que al no tener ingresos, y al tener enfermedades y/o discapacidades, se ven en la necesidad de depender económica y físicamente de la familia y/o amigos.⁹ Por último y tal vez la parte más importante, es el Impacto personal, ya que por causa de sus problemas de salud, discapacidades y dependencia física y económica, el adulto mayor tiene más riesgo de cursar con depresión, desánimo y una percepción negativa de la vida, lo cual a su vez le hace sentirse como una carga y aislarse, o ser objeto de alguna forma de discriminación o hasta violencia social y/o familiar.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido como un estado aceptable de salud para el adulto mayor, la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno familiar y de la sociedad, lo cual le permite de una forma dinámica realizar sus actividades de la vida diaria; es decir, es un enfoque de salud centrado en el concepto de preservar la calidad de vida bajo la premisa de que es necesario buscar la salud integral, y en donde la funcionalidad física, mental, y social constituyen los indicadores objetivos fundamentales del concepto de salud bajo un enfoque geriátrico y gerontológico.¹¹ La misma OMS define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y

preocupaciones. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”^{12,13}.

Para poder evaluar la calidad de vida, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye los niveles intelectual, emocional, familiar, vida física, vida social, vida económica, vida espiritual, vida laboral. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar.

Con la hipótesis de que los factores sociales y familiares son los que más intervienen en la percepción de calidad de vida en los adultos mayores, se desarrolló el presente trabajo para analizar el peso de la asociación de dichos factores y las diferencias en la percepción de calidad de vida en dos poblaciones de México, una de la Región Norte de México cuyo estilo de vida recibe una gran influencia del estilo norteamericano, y otra de la Región sur del País que tiene un estilo de vida más conservador y que mantiene más los valores familiares.

Material y Métodos

Mediante un diseño transversal, se entrevistaron 160 adultos mayores de 60 años, elegidos aleatoriamente de población abierta en dos ciudades de México, una del Norte del País (Torreón, Coahuila, 80 sujetos) y otra de la región Sur (Mérida, Yucatán, 80 sujetos). En la entrevista se obtuvo información sobre las siguientes variables: a) Calidad de vida que se entiende como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones y que se midió a través de la escala 36 Short Form Health (SF-36) en la escala de 0 a 100, conceptuando el 100 como el mejor estado. b) Variables generales como edad en años cumplidos, sexo (hombre o mujer), educación (primaria, secundaria, estudio técnico, preparatoria o profesional). c) Variables de naturaleza social y familiar como la percepción de integración de la familia, aceptación, apoyo por la familia, aislamiento o agresión física, psicológica o social, vivir solo o con pareja estable, sitio de vivienda, vivir con cónyuge, hijos u otros familiares o amigos. d) Variables de índole económica y laboral como tener trabajo, actividad laboral, desarrollar actividades de paga, sentirse útil, tener ingresos, percibir necesidad económica, tener dependencia económica. e) Variables que tienen que ver con la capacidad física y la salud como la presencia de enfermedades, discapacidad, dependencia física, depresión y f) Variables que tienen que ver con los estilos de vida como el tabaquismo, uso de alcohol, pertenencia clubs y actividades de recreación.

Para la obtención de la información se elaboró una entrevista estructurada que incluyera los aspectos mencionados, que se validó mediante consenso de expertos, validación de contenido y que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.85 de consistencia interna. Las entrevistas se aplicaron por tres entrevistadores previamente adiestrados para tal fin, obteniendo un coeficiente kappa de 0.8. Además se aplicaron las siguientes escalas: Katz, validada en español (consistencia interna entre 0.84 a 0.96 de alfa de Cronbach, correlación interna de Spearman de 0.94 y concordancia interobservador de 0.8; Yesavage, validada en español con sensibilidad en población México-americana entre 0.71 a 0.85, y especificidad entre 0.75 y 0.95, concordancia interna del instrumento de 0.835; Apgar familiar con coeficiente de consistencia interna de 0.77 de alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclase de 0.81 en México; Maltrato, con una

consistencia interna de 0.71; MMSE con sensibilidad de 0.97, especificidad 0.88 en población mexicana.

El tamaño de muestra se obtuvo en el programa Epidat 4.0 y se calculó en 80 sujetos en cada población, tomando en cuenta la posibilidad de detectar una diferencia en la manera de percibir la calidad de vida entre ambas poblaciones del 20%, con un alfa 0.05 y poder 80%.

Los resultados se analizaron de manera univariada, bivariada y multivariada mediante regresión logística con el programa SPSS 15.0 para obtener X^2 , razón de momios e IC 95% y significancia estadística.

Resultados

Se estudiaron 80 sujetos de Torreón, Coahuila y 80 sujetos de Mérida, Yucatán, uno de los cuales se eliminó por datos incompletos. El 40% eran varones en ambas poblaciones, La edad media en ambos grupos fue de 69.9 ± 7.6 años sin diferencias entre ambas poblaciones.

El 38.4% de los 159 sujetos estudiados perciben su calidad de vida como buena (puntuación arriba del 75% del SF36), siendo esta percepción superior en la muestra de la población de Mérida (44%) que en la muestra estudiada en Torreón (32%) ($p=0.031$). [Tabla 1]

Tabla 1. Puntuación del SF36 en ambas poblaciones

		Grupo		Total
		Mérida	Torreón	
SF36	0-25%	0	7	7
	26-50%	13	11	24
	51-75%	31	36	67
	71-100%	35*	26	61
Total		79	80	159

* $X^2 = 8.86$, $p=0.031$

De las ocho dimensiones del SF 36, las que se perciben con puntuaciones más bajas son la Salud General, la Vitalidad y la Función Social. Las dos primeras además de la Salud mental se perciben con mayor puntuación en la Ciudad de Mérida [Tabla 2]. No hay diferencias entre ambas poblaciones en la percepción de las otras cinco dimensiones.

Tabla 2. Diferencias entre las dos poblaciones de las dimensiones del SF36

		Mérida	Torreón	p^*
Salud General	$\geq 75\%$	22	10	0.015
	$< 75\%$	57	70	
Vitalidad	$\geq 75\%$	24	13	0.030
	$< 75\%$	55	67	
Salud Mental	$\geq 75\%$	44	32	0.047
	$< 75\%$	34	48	

* X^2

Los factores que se asociaron con una mejor percepción de la calidad de vida fueron Vivir con la esposa o compañera, tener una familia funcional, desarrollar actividades recreativas, pertenecer a algún club, Tener un buen cuidado familiar, no estar solo, tener ingresos económicos, la independencia para actividades de la vida diaria y no tener depresión [Tabla 3]. No se encontró asociación con el nivel educativo, estado civil, ocupación, tener suficiente ayuda, tener trabajo o actividades de paga, considerar que los ingresos económicos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas, uso de alcohol, tabaco, fármacos, obesidad, enfermedades concomitantes (se analizaron 18 patologías), o tener riesgo de caídas.

Tabla 3. Factores asociados (análisis bivariado) con mejor percepción de calidad de vida

Factor	OR	IC95%	p
Tener Funcionalidad Familiar	4.68	1.19-11.36	0.001
No estar solo	3.38	1.22-9.33	0.017
Tener facilidad para el Cuidado Familiar	2.69	1.10-6.54	0.026
Tener ingreso económico	2.63	1.03-6.71	0.038
Desarrollar actividades recreativas	2.59	1.32-5.15	0.006
Pertenecer a un Club	2.26	1.08-4.73	0.029
Vivir con la esposa o compañera	2.12	1.06-4.22	0.032
Independencia en actividades diarias	3.86	1.38-10.65	0.007
No tener depresión	1.69	1.48-1.92	0.015

Al analizar mediante regresión logística, ajustando por depresión, independencia de las actividades de la vida diaria (Katz), y tener ingreso económico, las variables que sostienen la asociación son la funcionalidad familiar y el vivir con la esposa o compañera. [Tabla 4]

Tabla 4. Factores asociados con mejor percepción de calidad de vida (Análisis Multivariado)

Factor	OR	IC95%	p
Tener Funcionalidad Familiar	3.12	1.10-9.07	0.037
Vivir con la esposa o compañera	2.12	1.06-3.29	0.040

Ajustado por independencia de la vida diaria, depresión y percepción de ingresos económicos.

En la comparación de las variables anteriores entre la muestra de Mérida y la de Torreón, la primera refirió con menos frecuencia estar solo, o ser víctima de maltrato psicológico o social, principalmente por parte de la familia, e igualmente reportó puntuaciones mayores en la escala de Apgar familiar, lo que implica mayor grado de integración familiar ($p < 0.05$), así como mayor frecuencia en el desarrollo de actividades recreativas y culturales, el desarrollo de actividades en clubs a donde pertenecen y vivir con la (el) conyugue o compañera ($p < 0.05$). [Tabla 5]

Tabla 5. *Diferencias de factores sociales y familiares entre ambas poblaciones.*

		Mérida	Torreón	p*
Está solo	Si	10	29	0.005
	No	69	51	
Maltrato Social	Si	15	43	0.010
	No	39	37	
Maltrato Psicológico	Si	12	34	0.038
	No	37	46	
Vive con	Esposa	36	17	0.001
	Otros	43	63	
Actividad Recreativa	Si	33	17	0.005
	No	46	64	
Actividad en club	Si	35	12	0.000
	No	49	68	

* χ^2

No se encontraron diferencias entre las dos poblaciones referente al uso de alcohol, tabaco, fármacos, obesidad, enfermedades concomitantes (18 patologías), depresión, tener riesgo de caídas o dependencia para las actividades de la vida diaria, nivel educativo, como tampoco en su estado civil, ocupación, tener suficiente ayuda, tener trabajo o actividades de paga, tener ingresos económicos y considerar que son suficientes para cubrir sus necesidades básicas.

Discusión

Encontramos una proporción mayor de adultos mayores que refieren percibir su calidad de vida como buena en Mérida (44%) que en Torreón (32%) ($p < 0.05$). Existen algunos estudios en estados y áreas geográficas específicas que reportan los niveles de percepción de calidad de vida por el adulto mayor y los factores que se le asocian, por ejemplo, en Cd. Victoria, Tamaulipas se desarrolló un estudio en 1231 adultos mayores, de los cuales un 47.8% perciben un buen estado de salud, discretamente arriba del 44% encontrado en Mérida, Yucatán y superior al 32% encontrado en Torreón, Coahuila. En la Población de Cd. Victoria, Tamaulipas, el 42% fueron varones, 62% viviendo con una pareja, y 9.3% viviendo solos, similar a lo encontrado en nuestras muestras, sin embargo en Tamaulipas estudiaron la percepción del estado de salud y no se midió la calidad de vida mediante el SF 36.¹⁴ En Guadalajara otro estudio reporta que un 60% de la población percibe su calidad de vida como buena, cifra muy superior a lo encontrado en nuestro estudio en ambas muestras. Ellos utilizaron el Instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOLBREF que consta de 26 ítems distribuidos en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.¹⁵

En México, la desigual distribución espacial del fenómeno del envejecimiento es una realidad histórica y estructural motivada por el diferente grado de avance de la transición demográfica en las diferentes regiones y por la emigración.¹⁶ Estados como Guerrero, Oaxaca y Chiapas tienen una esperanza de vida inferior a la media nacional y

con ello suponemos diferencias en su calidad de vida.¹⁷ Igualmente se aprecian diferencias entre zonas urbanas de alta densidad de población y zonas con baja densidad y elevados índices de envejecimiento, sobre todo en las regiones que tradicionalmente se han dedicado a la agricultura, cuya población activa joven migra hacia las áreas urbanas, industriales y turísticas. Además, en las regiones rurales se observa el fenómeno del regreso de población de edad avanzada a sus lugares de origen, lo que incrementa la proporción de este estrato.¹⁸

Existen divergencias entre la Región norte y sur de México que polarizan la situación en el País. Así, en la región norte donde se encuentra Coahuila se tiene un ingreso per cápita mayor que Yucatán, con mayor producto regional bruto, menor grado de marginación, mayor gasto en salud per cápita, una dinámica actividad industrial en gran medida exportadora y crecientemente bajo la modalidad de la maquila. También cuenta con actividad agrícola orientada a la exportación. El 82% de su población es urbana, su cobertura en los servicios de salud llega al 73.4%, y concentra sólo al 3% de la población analfabeta a nivel nacional, en tanto que Yucatán presenta los indicadores de bienestar más bajos del país, cuentan con numerosos núcleos de población indígena, 56.2% del total nacional. El 70% de su población es urbana; concentran el mayor porcentaje de población analfabeta del país (11.2%) y el menor porcentaje de escuelas.¹⁹⁻²⁴

El INEGI reporta en el análisis del 2005 sobre matrimonios y divorcios, una diferencia interesante entre Coahuila y Yucatán, no obstante que el índice de divorcios es similar (17 y 19% respectivamente), en la población de Yucatán el 98% fueron de común acuerdo mientras en Coahuila solamente el 77% fueron de esta manera.²⁵ Ante la posibilidad de que estas diferencias de situación educativa, económica y laboral entre ambas regiones pudieran explicar la diferencia detectada en percepción de calidad de vida, entre ambas muestras, se analizaron de manera bivariada estos factores y no encontramos diferencias en niveles de ingreso, nivel educativo, nivel laboral, estado civil, ocupación, ni el hecho de tener trabajo, actividades de paga o la consideración de que su ingreso sea suficiente para cubrir necesidades básicas.

Al analizar las dimensiones del instrumento SF36, apreciamos que aquellas que miden aspectos físicos como el dolor corporal, rol físico y función física, no muestran diferencias entre ambas muestras, es decir, los niveles de enfermedad, discapacidad y dependencia que impactan sobre el desarrollo de actividades y la interrelación con los demás no ostentan diferencias, situación que se apoya en el hecho de que tampoco se encontraron diferencias al analizar los factores relacionados como el uso de alcohol, tabaco, fármacos, obesidad, enfermedades concomitantes (18 patologías), tener riesgo de caídas o dependencia para las actividades de la vida diaria. Las dimensiones de función social y rol emocional tampoco demostraron tener diferencias entre ambas muestras. Son tres dimensiones básicamente las responsables de la diferencia en la percepción de calidad de vida, a) la salud general, que se refiere a la valoración personal de la salud que incluye la salud actual y las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar, b) la vitalidad que se refiere al sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento, y c) la salud mental que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.

De los factores asociados a la percepción de mejor calidad de vida en Mérida, los aspectos significativos fueron el no estar solo, vivir con la esposa, tener actividades recreativas y en clubs y no referir maltrato psicológico ni social por parte de la familia. Esta situación nos lleva a pensar que las variables que están influyendo en la diferencia encontrada, tienen más que ver con aspectos anímicos y familiares del individuo, más que con los aspectos de salud física e incluso económicos que se conocen como determinantes de la percepción de calidad de vida.

Algunos estudios al respecto han resaltado básicamente el apoyo familiar y en otros casos lo han considerado en el mismo nivel de las redes sociales. Las redes sociales son un tema de significativa tradición en la literatura social y antropológica de Latinoamérica. No obstante, poco se ha vinculado esta temática con el envejecimiento demográfico. En realidad la investigación sobre redes sociales descompone a esta categoría social en múltiples dimensiones de difícil acceso metodológico,²⁶ sin embargo la evidencia apoya la idea que el soporte social incrementa la calidad de vida.²⁷ Hablando específicamente del funcionamiento familiar, existen estudios que reportan una correlación positiva con la autoestima del adulto mayor, situación que define el enfoque propositivo del mismo ante su percepción de calidad de vida.²⁸ De la misma manera la evidencia soporta que la estabilidad familiar es un factor preponderante que influencia positivamente la calidad de vida.²⁹

Otros refieren que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas, como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información.³⁰ El envejecimiento de la población en América Latina ha tenido un fuerte impacto en la estructura familiar.³¹ Así, se ha dejado que las familias resuelvan el problema de la protección de los adultos mayores por sí mismas desarrollando estrategias de solidaridad intergeneracional que implican una redefinición de la pertenencia a los hogares. Es decir, las familias han asumido la responsabilidad por la asistencia económica y el cuidado de los adultos mayores mientras el Estado y las organizaciones de la sociedad civil han jugado un rol secundario.³² Por otra parte, la actuación de las organizaciones de apoyo gubernamentales y no gubernamentales es limitada, por una parte porque no tienen la capacidad de atender la demanda, y segundo porque sus acciones se encaminan a apoyar situaciones de índole técnica como alimentación, apoyo en enfermedades específicas como diabetes, o la generación de sitios de actividad, pero ponen poco énfasis en la atención y fortalecimiento de valores y apoyo al núcleo familiar.³³

Como se ha mencionó previamente, es obvio que existen diferencias socioeconómicas importantes entre el norte y sur del país, pero en el presente estudio los factores socioeconómicos no influyeron en la mejor percepción de calidad de vida por la muestra de Mérida. Yucatán. Consideramos que esta población, por tener una proporción mayor de núcleos de población indígena y mayor proporción de población rural, es una región que conserva más sus tradiciones, sus costumbres y valores de familia, por lo que es probable que la diferencia encontrada en los aspectos anímicos y familiares del individuo sean los que pudieran explicar la diferencia en la percepción de calidad de vida.

Conclusiones

Existe una percepción de mejor calidad de vida del adulto mayor en la Ciudad de Mérida, Yucatán y consideramos que puede estar explicada por un estilo de vida más tradicional, con mayor preservación de valores y apoyo del núcleo familiar en dicha población.

Bibliografía

1. Lara-Rodríguez MA, Benítez M, Fernández GI. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Salud Pública Mex. 1996; 38(6):448-458.
2. Pando M, Salazar Estrada JG, Aranda B.C, Alfaro AN. Salud Mental, en la tercera edad. Encuesta a jubilados. Rev. Med. IMSS. 1999; 37(4):273-278.
3. Sepúlveda J. La salud de la población en avanzada en México. Montevideo: CIID Publicaciones; 1982.
4. Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Proyecciones Mundiales de Población: Revisión 2008.
5. Tuiran R. Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO); 2002.
6. Partida Busch V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de Población. 2005; 11(45):9-27.
7. Borges-Yañez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Pública Mex. 1998; 40:13-23.
8. Secretaría de Gobernación de México (SEGOB). Boletín 23/2010 Consejo Nacional de Población (CONAPO). 30 Agosto 2010.
9. Watson R. Research into ageing and older people. J Nurs Manag. 2008; 16(2): 99-104.
10. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Cardona Sanson Y, Inlcan Ravelo L. Maltrato en los ancianos: Un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21:1-2.
11. Mendoza Nuñez VM. Envejecimiento, salud y anti-envejecimiento. Bioquímica. 2005; 30(3):90-94.
12. Reyes-Morales H, Vladislavovna DS, García-González JJ, Jiménez-Uribe R, Tapia-García ME, Espinosa-Aguilar A, Peña VA, Mendoza-Núñez VM. Guía Práctica clínica para la evaluación gerontológica integral. Rev Med IMSS. 2006; (supp. 1):1-37.
13. Durán Santiago P, Soriano Medina E, Martínez Maldonado ML, Correa Muñoz E, Mendoza Núñez VM. Calidad de vida en Mayores de 50 años con residencia en un área urbana vs rural. Archivo geriátrico. 2003; 6(4):109-113.
14. Rivera Navarro J, Benito-León J, Pazzi Olazaran KA, Mancinas Espinoza SE. Estudio de salud y envejecimiento en Ciudad Victoria (ESEV) -México-: metodología y datos principales. Salud Pública y Nutrición. 2010; 10(3):3-7.
15. Flores Villavicencio ME, Colunga Rodríguez C, González MA, Vega López MG, Cervantes Cardona GA, Valle Barbosa MA, Cruz Avila M. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Uaricha Revista de Psicología. 2013; 10(21):1-13.
16. Negrete ME. Distribución geográfica de la población mayor. Demos, Carta Demográfica sobre México. 2001; 29.
17. Montes de Oca, V. El envejecimiento demográfico en el debate mundial: Reflexión académica y política. Papeles de Población. 2003; 35:79-104.

18. Sánchez González D. Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México. Retos de la planeación gerontológica. Rev Geogr Norte Gd (online). 2007; 38:45-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34022007000200003&script=sci_arttext Doi:10.4067/S0718-34022007000200003
19. Wong R, Espinoza MA, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto Socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. Salud Pública Mex. 2007; 49(suppl 4):S436-S447.
20. Aparicio R. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. La situación demográfica de México. México, D. F.: CONAPO; 2003. p. 155-168.
21. Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL. Desigualdad e inequidad en Salud. Caleidoscopio de la Salud. 2005; 1:29-39.
22. Arón Fuentes N, Fuentes M. Polarización económica regional en México 1980-2004. Cofactor. 2010; 1(2):7-22.
23. Pelcastre Villafuerte BE, Treviño Siller S, González Vásquez T, Másquez Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(3):460-470.
24. Instituto Nacional de Geografía y Estadística INEGI. Censo Nacional de población y vivienda. México; 2010.
25. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Matrimonios y Divorcios, 2005. México: INEGI; 2006. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/vitales/nupcialidad/2006/Matdiv05.pdf
26. Montes de Oca Zavala V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la Calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p5.pdf
27. Luszczynska A, Pawlowska I, Cieslak R, Knoll N, Scholz U. Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. Psychooncology. 2012 Oct 25. doi: 10.1002/pon.3218. [Epub ahead of print].
28. Mercedes Zavala G, Daisy Vidal G, Manuel Castro S, Pilar Quiroga, Gonzalo Klassen P. Funcionamiento social del adulto mayor social functioning of elderly. Ciencia y Enfermería. 2006; 12(2):53-62.
29. Eun Kwuan Y, Hye Jin K, Myoung-Hee K. [Factors Influencing Quality of Life in Married Immigrant Women in Korea]. J Korean Acad Nurs. 2012 Apr; 42(2):171-180. Korean. Published online 2012 April 30.
30. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med. 2007; 68(3).
31. Saad P. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de las encuestas sabe. Notas de población. 2003; 77.
32. Sunkel G. El papel de la familia en la protección social. Políticas sociales. Chile; 2006.
33. González Vásquez TT, Márquez Serrano M, Treviño Siller S, Gómez-Jauregui J, Pelcastre-Villafuerte BE. La capacidad de las organizaciones de la sociedad Civil para mejorar la calidad de vida de los adultos Mayores: un estudio cualitativo en zonas urbanas empobrecidas de México. Salud Colectiva. 2010; 6(2):181-194.