

El Residente

INVESTIGACIÓN - ORIGINAL

Asociación de la percepción de salud con algunas características sociodemográficas en una muestra de jubilados y pensionados yucatecos

*Damaris Francis Estrella Castillo, * Héctor Armando Rubio Zapata, **
Alicia Zapata Peraza, *** Armando López Manrique*****

RESUMEN. **Antecedentes:** Durante la vejez hay una disminución de las actividades laborales y, en consecuencia, el ingreso también aminora, lo cual constituye un desafío para las instituciones de salud. **Métodos:** Es un estudio multicéntrico, analítico, transversal y prospectivo realizado de enero a junio de 2011 con un total de 224 adultos de 60 años o más, provenientes de una muestra no probabilística de instituciones de salud de Mérida, Yucatán. Se elaboró un cuestionario sobre datos sociodemográficos, constituido por 35 preguntas, y para evaluar la salud en general se les aplicó el cuestionario de salud de Goldberg -GHQ28. Se realizó una prueba de χ^2 con un nivel de significancia de $p < 0.1$ y para las variables que resultaron significativas se realizó la prueba de regresión logística binaria. **Resultados:** Las variables predictoras de buena percepción de salud fueron: el ingreso igual o superior a \$ 4,000.00 mensuales (Wald = 5.638, 1, $p = .018$) y tener tratamiento médico en caso de padecer alguna enfermedad (Wald = 5.67, 1, $p = 0.000$). **Conclusiones:** La mayoría de los jubilados y pensionados de Yucatán perciben que su nivel de salud es suficiente; así mismo, aseguran que aunque poseen los recursos materiales y económicos para solventar sus gastos diarios, éstos no satisfacen todas sus demandas.

Palabras clave: Salud, enfermedad, adultos mayores, calidad de vida, jubilados.

ABSTRACT. **Background:** In old age there is a decrease of work activities which imply a reduction of income, posing a challenge to health institutions. **Material and methods:** This was a multicenter, analytical, transversal and prospective study conducted from January to June 2011. 224 adults of 60 years or more, from a nonrandom sample of health institutions in Merida, Yucatan, were studied. A 35 items questionnaire about sociodemographic data to evaluate health was elaborated; we applied the Goldberg Health Questionnaire-GHQ28. Performed a χ^2 test with a significance level of $p < 0.1$ and in case of positive association was tested by binary logistic regression for variables that were significant. **Results:** The predictors of good health perception were: income higher or equal to \$4,000.00 per month (Wald = 5.638, 1, $p = .018$) and having medical treatment in case of any illness (Wald = 5.67, 1, $p = 0.000$). **Conclusions:** We conclude that the Yucatan retire esmostly perceive their health has sufficient level, refer to possess the material and financial resources to cover their daily expenses, but these do not meet all their demands.

Key words: Health, disease, older adults, quality of life, retired.

* Licenciatura en Rehabilitación. Facultad de Medicina.

** Unidad Interinstitucional de Investigación Clínica y Epidemiológica. Facultad de Medicina.

*** Licenciatura de Médico Cirujano. Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi.

**** Licenciatura de Médico Cirujano. Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Yucatán

Dirección para correspondencia:

Damaris Estrella Castillo

C. 20 No. 209 A x 11 y 13. Colonia Vista Alegre, CP 97130. Mérida, Yucatán, México. E-mail: ecastill@uady.mx

Recibido: 3 de mayo del 2012.

Aceptado con modificaciones: 3 de junio del 2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/elresidente>

Introducción

En las últimas décadas, el número de adultos mayores en la mayoría de los países del mundo se ha incrementado notablemente,¹ lo que origina nuevos retos en atención a la salud: el costo de las enfermedades crónico-degenerativas, la disminución de autonomía física y económica del anciano, la insuficiencia de los programas de seguridad social, el acceso inequitativo a servicios de salud, la falta de jubilaciones y pensiones dignas.^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud define este concepto como la percepción del individuo en relación a su posición en la vida, contexto de la cultura, de los sistemas de valores en los que vive y de respeto a sus objetivos, expectativas y preocupaciones.⁴ Cuando hablamos de calidad de vida en el adulto mayor, es importante mencionar la compleja relación entre los aspectos socioeconómicos y las características biológicas relacionadas con el envejecimiento y la salud.⁵ Algunos autores han propuesto que el envejecimiento entorpece el desarrollo económico especialmente en países del tercer mundo, aludiendo a los altos costos en atención médica y seguridad social de este grupo poblacional, así como la idea de que el anciano no es productivo y se convierte en una carga para la familia, la sociedad y el gobierno.^{4,5}

El envejecimiento biológico es un proceso ineludible en los seres vivos; por lo tanto, la prevención de factores colaterales que lo agraven es fundamental para disfrutar de una vejez en las mejores condiciones físicas y mentales;⁶ sin embargo, no basta con esto: mantener las finanzas sanas, con la previsión de fondos de ahorro para el retiro, seguros de gastos médicos actualizados, cuentas de ahorro para imprevistos, la creación y consolidación de redes sociales de autoayuda, entre otros, son estrategias fundamentales para lograr la calidad de vida;⁶ por lo que varios grupos están trabajando a nivel mundial sobre el diseño de programas donde se aconseja a la comunidad internacional, los gobiernos, las instituciones y la sociedad en general, sobre las condiciones fundamentales para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores.⁷⁻¹²

Según el XIII Censo de Población y Vivienda, realizado en México en el año 2010, los adultos mayores representaban el 6.3% de los habitantes del país,¹³ lo que constituye un reto en atención para la salud, como lo reportan los estudios.³ Otros estudios se han enfocado a describir las inequidades de los programas de seguridad social y el acceso a servicios de salud en México y cómo esto repercute en la calidad de vida de los ancianos.^{5,7,15} En el presente estudio pretendemos describir y asociar algunas condiciones sociodemográficas con la percepción del estado de salud de una muestra de jubilados y pensionados yucatecos, como una aproximación a definir los factores importantes para que los adultos mayores mexicanos disfruten una calidad de vida.

Material y métodos

Se trató de un estudio multicéntrico, analítico, transversal y prospectivo. Fue realizado de enero a junio de 2011. Se estudiaron 224 adultos de 60 años o mayores, provenientes de una muestra no probabilística.

Las instituciones participantes de donde provinieron los entrevistados fueron: 1) Asociación de Jubilados y Pensionados del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2) Taller Estancia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 3) Asociación de Jubilados de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) y 4) Taller estancia del Departamento de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Todas estas instituciones son del estado de Yucatán, México.

Se excluyeron a los pacientes con tratamiento psiquiátrico o que fueran incapaces de comunicarse verbalmente.

Los instrumentos para la recolección de datos fueron:

1. Se elaboró un cuestionario sobre datos socio-demográficos, constituido por 35 preguntas abiertas, dicotómicas y de opción múltiple. Los datos demográficos fueron explorados en las preguntas 1-7; escolaridad, preguntas 8 y 9; conformación del hogar e ingresos y pres-

- taciones, preguntas 10-18; servicios de salud, preguntas, 19-35.
2. Para evaluar la salud en general, se les aplicó el cuestionario de salud de Goldberg-GHQ28, el cual determina la salud autopercebida y debe abarcar las últimas semanas; éste consta de 28 rubros, divididos en cuatro subescalas: A) Síntomas somáticos, B) Ansiedad e insomnio, C) Disfunción social y D) Depresión grave. La puntuación se realiza asignando valores de 0, 0, 1, 1 a los rubros positivos y 1, 1, 0, 0 a los rubros negativos; la puntuación final permite determinar los niveles en bajo, suficiente, bueno y excelente.

Consideraciones éticas. Las pruebas fueron aplicadas en forma confidencial, en butacas individuales, en una habitación destinada a este fin, con el ambiente propicio para una encuesta; se les explicó el objetivo y los alcances del estudio enfatizando todas las condiciones éticas expresadas en el código de Helsinki para estudios en humanos.

Análisis estadístico. Se realizó un análisis de frecuencias, medias y desviaciones estándar; el análisis inferencial de asociación se realizó con una prueba de χ^2 con un nivel de significancia de $p < 0.1$ (por tratarse de un estudio exploratorio); en caso de asociación positiva se realizó la prueba de regresión logística binaria, con el paquete estadístico SPSS versión 17®.

Resultados

Del total de la muestra ($n = 224$), el 60% correspondió al género femenino ($n = 134$) y el 40% al masculino ($n = 90$); con respecto al estado civil, el 65% estaban casados, el 28% viudos, el 3% solteros y el 4% divorciados. Las características de las viviendas fueron las siguientes: 1) el 100% cuenta con los servicios básicos de urbanismo como son agua potable, luz eléctrica y servicio sanitario dentro de la vivienda, 2) el 85% habita en casa propia y el 15% en casa de algún familiar, 3) en cuanto a la distribución de la vivienda, el 50% habita casas que tienen entre cinco y siete cuartos incluyendo sala-comedor, el 43.5%

de la población habita casas de menos de cinco piezas y sólo el 6.5% cuentan con más de 10 habitaciones en su vivienda.

El 11% de los entrevistados viven solos, el 25% con una persona, el 47% con dos o tres personas y el 17% con cuatro o más personas. Cuando se les preguntó el rol de la persona que convivía con el entrevistado, el 21.5% refirió que era su pareja y solamente 3.5% refirió vivir acompañado de un familiar o amigo; los que vivían con más de dos personas refirieron ser familiares.

La edad de los entrevistados se clasificó por rango: el 50% tenía entre 60 y 69 años, el 37% entre 70 y 79 años y el 11% 80 años o más.

Con respecto a la escolaridad, el mayor porcentaje de los jubilados y pensionados refirió tener nivel profesional titulado (35.3%); el 26.2% nivel de primaria, el 16% secundaria, el 9.7% bachillerato, el 12% incluso nivel de posgrado y solamente un 1.3% de analfabetas. La escolaridad de la población estudiada tiene tendencia hacia los niveles profesionales y superiores, lo cual refleja el nivel sociocultural de esta población. En el *cuadro I* se especifican los niveles académicos.

En cuanto a la ocupación o labor actual, el 73% refirió dedicarse al ocio y recreación, el 17% realiza labores del hogar como forma de trabajo no formal y el 10% refieren un empleo formal.

Cuadro I. Niveles educativos de los jubilados y pensionados

Característica		Valor	%	F
Escolaridad	Ninguno		1.3	3
		Completa	10.6	24
	Primaria	Incompleta	14.6	33
		Completa	1.3	3
	Secundaria	Incompleta	14.7	33
		Completa	2.6	6
	Bachillerato	Incompleta	7.1	16
		Completa	35.3	79
	Profesional	Completa	1.3	3
		Incompleta	10.7	24

Fuente: Entrevistas aplicadas a los participantes 2011

Con respecto al ingreso económico mensual, el 68% refiere ingresos superiores a \$4,000.00; el 13.5% entre \$3,000.00 y \$4,000.00, el 6% entre \$2,000 y \$3,000.00, el 5.5% entre \$1,000.00 y \$2,000.00 y el 7% menos de \$1,000.00.

A los entrevistados se les preguntó la percepción cualitativa sobre su ingreso económico mensual, el 60.7% lo refirió como poco, el 33.9% como mucho y 5.4% como nada. Por otro lado, en cuanto a la seguridad social, el 100% cuenta con acceso a servicio médico institucional, sin embargo el 18.8% no utiliza dicho servicio y prefiere acudir a médicos e instituciones de salud particulares.

Los rubros donde se consume el ingreso económico proveniente de la jubilación o de la pensión fueron los siguientes: 78.5% en alimentos y consumibles del hogar, el 88% para ropa, calzado y artículos de higiene personal, el 48% en medicamentos y honorarios médicos, por lo que el 100% de los entrevistados refiere consumir toda su pensión mensual sin poder tener un excedente económico para emergencias o ahorro.

En cuanto a las instituciones públicas y seguridad social a la cual pertenecían los entrevistados, el 55% fueron derechohabientes del DIF, el 20% del ISSSTE y el 7.5% de la UADY, y el 17.5 del IMSS. Un grupo considerable de los entrevistados refería una doble afiliación a la seguridad social, el 15% tenían IMSS más ISSSTE, el 2% UADY más ISSSTE y el 0.5% IMSS más UADY.

Se exploró como una conducta relacionada con la salud la frecuencia de consultas médicas (número de consultas por semestre), a este respecto el 31% consulta una vez por semestre; el 22%, dos a tres consultas por semestre; el 38%, cuatro a cinco consultas y el 9%, seis o más consultas por semestre. Las enfermedades que originaron estas consultas son: en primer lugar la hipertensión arterial (40.2%), las fracturas (34.8%), la diabetes mellitus (21.9%), los trastornos articulares (21.9%), etcétera. También se investigó si estas enfermedades tenían tratamiento farmacológico o no (*Cuadro II*).

Con relación a la percepción de su estado de salud mediante el instrumento Goldberg-GHQ28, el 10% califica su nivel de salud como

bajo, el 64% como suficiente, el 23% como bueno y el 3% como excelente.

Se analizó la asociación entre las variables sociodemográficas y la percepción del nivel de salud mediante la prueba de χ^2 (*Cuadro III*). Con la finalidad de conocer las características sociodemográficas que nos ayudaran a predecir la percepción del estado de salud, se realizó el análisis de regresión logística binaria con las variables que resultaron significativas del análisis de asociación. El ingreso igual o superior a \$4,000.00 mensuales es un predictor para la percepción de una salud buena o suficiente (Wald= 5.638, 1, $p= .018$). De acuerdo con la $\text{Exp}(\beta) = 0.638$; por lo tanto, a medida en que aumenta la probabilidad de tener un ingreso de \$4,000.00 o mayor, aumenta la probabilidad de percibir la salud como suficiente o buena. Otra variable predictora es la de tener tratamiento médico en caso de padecer alguna enfermedad (Wald= 5.67, 1, $p= 0.000$). De acuerdo con la $\text{Exp}(\beta) = 0.634$.

Discusión

No sólo la salud, sino también los factores sociales y económicos repercuten directamente en la percepción del estado de salud y en general en la calidad de vida del adulto mayor.¹⁶ Proporcionar servicios de salud al adulto mayor es un reto para la mayoría de los gobiernos e instituciones de salud del mundo, por los altos costos originados por las enfermedades propias del envejecimiento asociadas con los procesos degenerativos derivados del mal uso del cuerpo, de la falta de medidas de prevención y de estilos de vida poco saludables en la juventud.¹⁷

A nivel mundial hay un incremento en el grupo de personas de 60 años o mayores, lo que indica el envejecimiento poblacional.¹⁸ En México según el CONAPO (Consejo Nacional de Población), en el año 2005 el número de personas mayores de 60 años fue de 8 millones (8 % del total de la población mexicana); en nuestro estudio, la mayoría de los jubilados y pensionados se encuentra entre los 60 y 70 años y a partir de esa edad, el porcentaje de adultos mayores decrece, lo que indica que la mortalidad va en relación

Cuadro II. Enfermedades y tratamiento de los jubilados y pensionados de instituciones de salud de Mérida.				
Característica	Valor	%	F	
Enfermedades	Diabetes	Tratamiento	21.9	48
		S/tratamiento	--	--
	Hipertensión	Tratamiento	40.2	90
		S/tratamiento	1.3	3
	Cáncer	Tratamiento	8	18
		S/tratamiento	--	--
	Cardiopatías	Tratamiento	9.4	21
		S/tratamiento	--	--
	Depresión	Tratamiento	8.0	18
		S/tratamiento	--	--
	Demencia	Tratamiento	--	--
		S/tratamiento	--	--
	EVC	Tratamiento	1.3	3
		S/tratamiento	--	--
	Cataratas	Tratamiento	18.8	42
		S/tratamiento	4.0	9
	Asma	Tratamiento	12.1	27
		S/tratamiento	1.3	3
	Reumatismo	Tratamiento	21.9	49
		S/tratamiento	1.3	3
	Parkinson	Tratamiento	1.3	3
		S/tratamiento	--	--
	Fracturas	Tratamiento	34.8	78
		S/tratamiento	--	--

Fuente: Entrevistas aplicadas a los participantes 2011

directa con la edad; sin embargo, la tendencia mundial es al aumento en la expectativa de vida y a la longevidad,¹⁹ por ello hay que prepararnos para atender las necesidades de los adultos mayores que cada vez serán más numerosos. Un problema actual para los adultos mayores en México es la falta de atención médica, seguridad social y un sistema de pensiones y jubilaciones.^{15,20} Lo anterior es preocupante porque en nuestro estudio encontramos que los indicadores para percibir una buena salud son el acceso a una pensión suficiente y atención médica; por lo tanto, si se carece de ellos, el impacto en su calidad de vida será negativo.

Las enfermedades crónicas y degenerativas son frecuentes en los adultos mayores;^{21,2} en nuestro estudio encontramos que la mayoría

presentaba enfermedades vasculares, diabetes y trastornos osteoarticulares, que aunque estaban bajo manejo médico en su gran mayoría, estas enfermedades aumentan el riesgo de mortalidad y de discapacidad;²³ aunado a lo anterior, las enfermedades crónico-degenerativas requieren de tratamientos prolongados y multidisciplinarios,¹⁸ que implican una erogación de dinero que muchas veces no son cubiertas por los servicios de salud pública o por los seguros de gastos médicos, por lo que se requiere de un apoyo económico y moral por parte de la familia, lo que puede afectar la calidad de vida de los adultos mayores y sus familias.²⁴

En nuestro estudio se encontró que los jubilados y pensionados tienen niveles de escolaridad heterogéneos; incluso, un porcentaje considera-

Cuadro III. Asociación entre características sociodemográficas y salud.			
Buena salud	χ^2	gl	p-valor
Primaria incompleta	.209	1	.648
Primaria completa	.892	1	.345
Secundaria incompleta	.298	1	.585
Secundaria completa	.993	1	.319
Bachillerato incompleto	.583	1	.445
Bachillerato completo	.762	1	.369
Profesional	.848	1	.344
Postgrado incompleto	1.017	1	.312
Postgrado completo	.852	1	.353
Ser jubilado	1.018	1	.313
Ingresa menor a 1000	.000	1	.999
Ingresa de 1000 a 1999	.760	1	.383
Ingresa de 2000 a 2999	1.568	1	.211
Ingresa de 3,000 a 3999	.476	1	.490
Ingresa igual o superior a \$4,000.00 mensuales **	5.098	1	.024
Gastos de su pensión	.853	1	.356
Servicios de salud	.028	1	.867
Consultas médicas	.023	1	.879
Padecer alguna enfermedad	.772	1	.379
Padecer alguna enfermedad sin tratamiento	.858	1	.354
Padecer alguna enfermedad y contar con tratamiento*	2.544	1	.091

*p = 0.1, **p = 0.5, ***p = 0.001

ble de los participantes refirió niveles profesionales y de posgrado; coincidentemente, estos son los que se encontraban activos económicamente y refirieron mejores niveles de percepción de salud, lo que puede estar indicando que las personas con mayor nivel educativo cuidan más de su salud y procuran estilos de vida saludables; esta observación sugiere que un factor muy importante para el desarrollo de calidad de vida en el adulto mayor es su nivel educativo. En un estudio realizado en adultos mayores en Michoacán, México, se menciona que la mayoría carecen de jubilación o pensión, tienen niveles educativos básicos, incluso analfabetas y sus niveles de salud y calidad de vida son deficientes, lo que refleja las inequidades del sistema de seguridad

social y de forma indirecta señala cómo la educación puede servir para mejorar la calidad de una población.²⁵

Con respecto a los indicadores de vivienda, encontramos que la mayoría de los jubilados y pensionados cuenta con casa propia, elemento fundamental porque además de proporcionar una seguridad emocional representa un ahorro en cuanto gasto por concepto de arrendamiento; parece entonces que aquellas personas con empleos estables, que llegaron a una jubilación o pensión, invirtieron en su patrimonio; aunque como se puede inferir de los datos, la mayoría de las viviendas son de edificaciones básicas con pocas habitaciones y los servicios indispensables de urbanismo, pues sólo el 10% de los estudiantes refirió poseer casas con ciertos lujos, por lo que no podríamos hablar de que los jubilados y pensionados sean un grupo francamente privilegiado, aunque sí en mejores condiciones que la mayoría de los adultos mayores del país.²⁶ El estado de Yucatán es considerado con un nivel de ingreso socioeconómico medio con relación a todo el país,²⁰ por lo que podemos suponer que las condiciones de este estado serían las del promedio nacional y que por lo tanto nuestros resultados pueden ser más cercanos a la realidad del mexicano promedio.

El ingreso mensual por concepto de jubilación o pensión en la mayoría (60%) de los entrevistados fue de \$4,000.00 pesos o mayores; sin embargo, cuando se les preguntó su significado cualitativamente, la mayoría considera que este ingreso es poco o suficiente, probablemente debido a los gastos en que incurren los adultos mayores. En nuestro estudio, la mayoría de los jubilados y pensionados gasta sus ingresos en alimentación ropa y calzado; incluso, casi el 50% de los entrevistados refirió utilizar parte de este ingreso para medicamentos y servicios médicos, lo que puede estar reflejando la percepción de la calidad de los servicios de salud pública.

Solamente el 30% de los entrevistados vive solo o con una pareja; este dato es muy interesante, ya que implica que la mayoría prefirió vivir acompañado de otras personas en especial con familiares o amigos, lo que refleja el apoyo de

redes sociales muy bien establecidas, que son un elemento importante en la calidad de vida en los adultos mayores, pues la red de apoyo primaria ofrece relaciones armónicas y un entorno social más cordial para vivir,²⁷ mientras que en otros países son recluidos en instituciones especializadas donde se pierde el afecto y la solidaridad familiar propiciando estados de depresión con el subsiguiente deterioro en la calidad de vida.²⁸⁻⁹

Todos los jubilados y pensionados refieren tener acceso a servicios de salud y seguridad social, lo cual difiere de lo reportado por Gómez Dantés en cuanto a la población general; éste indica que más de la mitad de los adultos mayores del país carecen de estos servicios;^{14,30} sin embargo, aun cuando los entrevistados tienen estos beneficios, la percepción de su estado de salud fue reportado como suficiente por el 60% y solamente el 25% afirma que su estado de salud es bueno o excelente, lo que puede indicar que la calidad de los servicios médicos no es la adecuada o es insuficiente; recordemos también que aproximadamente el 20% de los entrevistados prefieren atenderse mediante servicios médicos particulares, o bien comprar sus medicamentos por cuenta propia (48%).

En el presente estudio se identificó la complejidad de algunos factores que se entremez-

clan para percibir estados saludables y que no solamente basta con fomentar el aspecto físico de la salud, sino que los aspectos económicos y sociales son determinantes para disfrutar de calidad de vida. Consideramos que garantizar el recurso económico y el acceso a la educación promueve la consolidación de trabajos estables que permiten el desarrollo de un patrimonio. El acceso a servicios de salud de calidad, donde las enfermedades sean diagnosticadas y tratadas oportuna y adecuadamente; la promulgación de leyes sobre programas de retiro digno, la precaución de una vejez sin sobresaltos a través de la adquisición de seguros de gastos médicos y el fomento del ahorro, son conductas que deben ser propiciadas por los gobiernos y la sociedad en general,³¹ ya que todos queremos llegar a ser adultos mayores, pero con calidad de vida y para ello tenemos que empezar a planear el futuro desde ahora. En Yucatán, los jubilados y pensionados ya empiezan a exhibir algunas características de salud y calidad de vida, y contrario a lo que se piensa, este no es un grupo social privilegiado, sino un grupo quizás con los requerimientos mínimos para tener un vejez tolerable; sin embargo, hay que seguir trabajando para poder alcanzar una verdadera calidad de vida en los adultos mayores.

Bibliografía

1. Rodríguez FN. Longevidad y calidad de vida. *Perspectivas en psicología* 2008; 5: 107-110.
2. Sánchez-Barriga JJ. Mortality trends from diabetes mellitus in the seven socioeconomic regions of Mexico, 2000-2007. *Rev Panam Salud Pública* 2010; 28 (5): 368-375. [Online version]
3. Gálvez C, González A, Ramón E. Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos* 2007; 18(3): 15-24. [citado el 8 de febrero del 2012] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113428X2007000300002&lng=es http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2007000300002
4. Yam Sosa, AV. Consideraciones conceptuales en investigación de calidad de vida. *Desarrollo científico de enfermería* 2008; 6 (8): 358-361.
5. Salgado-de Snyder VN, Wong RR. Envejecimiento en la pobreza urbana: conclusiones e implicaciones para la salud de los ancianos. En Salgado-de Snyder VN, Wong RR, eds. *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*. México: Instituto Nacional de Salud Pública 2006; 155-161.
6. Martínez M. Planning the medical retirement for a happy old age. *Gac Med Mex* 2011; 147: 246-249.
7. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Sal Pub Mex* 2007; 49 (4): S436-S447.
8. Wong R. La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género. En: *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: INSP; 2003: 97-122.
9. González C, Ham R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Sal Pub Mex* 2007; (49): 448-458. [Seriada en línea] Disponible en: www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf Consultado enero 10, 2008
10. Organización de las Naciones Unidas. *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad*; 1999. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/index.html>
11. Organización de las Naciones Unidas. *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. (Nº de public A/CONF.197/9). Nueva York, EEUU: ONU; 2002. Disponible en: URL: http://www.envejecimiento.gov.co/informe_onu.pdf
12. Diario Oficial de la Federación. *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*; 2006. Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/pdf/245.pdf>

13. XIII Censo General de Población y Vivienda 2010. [Cinta de datos electrónica] (2010). México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [productor y distribuidor]
14. Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. [The health system of Mexico]. Salud Pública Mex. 2011;53 Suppl 2:s220-32. Review. Spanish. PubMed PMID: 21877087.
15. Porras C et al. Percepción del adulto mayor sobre el ejercicio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (2): 127-132
16. Espinel-Bermúdez MC, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Viveros-Pérez Á, García-Peña C. [Impact of the program Home Care for the Chronically Ill for elderly: quality of life and hospital readmissions]. Salud Pública Mex. 2011 Jan-Feb;53(1):17-25. Spanish. PubMed PMID: 21340136.
17. Muñoz O, Peña C, Durán L. la salud del adulto mayor. México, D.F. IMSS, 2004.
18. Rosas O, González E, Vázquez O, Peschard E, Gutiérrez L, García E. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 153-162.
19. Gómez H et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. Sal Pub de Mex 2011; 53 (Supl 2).
20. Salvador R, Márquez R, Romero H. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (1): 91-102.
21. Estrella D, Euán A, Pinto M, Sánchez P, Rubio H. Alteraciones del equilibrio como predictoras de caídas en una muestra de adultos mayores de Mérida Yucatán, México. Rehabilitación (Madr) 2011; 45 (4): 320-326.
22. Estrella D, Rubio H, Sánchez P, Aguilar P, Araujo R. Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida, Yucatán. Rev Mex Med Fis Rehab 2011; 23 (1): 8-12.
23. Zuart R. Osteoartrosis y patologías crónicas asociadas en pacientes de una unidad médica del primer nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (6): 637-642.
24. Velásquez Gutiérrez V F. Caracterización del riesgo familiar total en familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Localidad Kennedy, Bogotá, 2005 en Av. Enferm., XXVII (1), 2009; 69-81.
25. Colín R; Álvarez H, De la Cruz C. Relación entre el gasto catastrófico en salud y la ausencia de derechohabiencia de las personas de la tercera edad en Tzintzuntzán, Michoacán. Economía y Sociedad 2009; XIV (24): 43-57.
26. Estrella D, López A. Estamos contentos pero no tanto. Una aproximación a la ancianidad en Yucatán. Mérida, Yucatán: Ediciones de la UADY; 2006.
27. Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci M. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Rev Med Chile 2008; 136 (3): 325-333. [Citado el 7 de febrero del 2012] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872008000300007.
28. Arcila R, Milián S, Camacho N, Arévalo R, Escartín M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (3): 277-284.
29. Baro F. Factores psicosociales y la salud de los ancianos. En: Hacia el bienestar de los ancianos. Nueva York: OPS; 2002.
30. Garamendi AF, Delgado RDA, Amaya AMA Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. Rev Mex Med Fis Rehab 2010; 22:26-31.
31. Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexican: health and socioeconomic inequalities. Sal Pub Mex 2007; 49 (Supl 4).