



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

**PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES DEL
VALLE DE TOLUCA: ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA Y SALUD

PRESENTA:

LIC. MELISSA SÁNCHEZ RODAS

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTOR: DR. ARTURO ENRIQUE OROZCO VARGAS

CODIRECTORA: DRA. BRENDA SARAHI CERVANTES LUNA

TUTORA: DRA. MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN

ASESORA EXTERNA: DRA. VERÓNICA ZENAIDA MONTES DE OCA ZAVALA

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO
SEPTIEMBRE DEL 2024



CONAHCYT

CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS

Índice de contenido

Resumen.....	8
Introducción	11
Capítulo I. Marco Teórico sobre Calidad de Vida	13
1.1 Antecedentes Históricos del Concepto de Calidad de Vida	13
1.2 Definiciones.....	15
1.3 Teorías que Explican la Calidad de Vida	18
1.4 Modelos que mencionan la Calidad de Vida	19
1.5 Medición de la Calidad de Vida en la Persona Mayor	22
1.6 Dimensiones y Atributos de la Calidad de Vida.....	26
1.7 Envejecimiento Poblacional, Vejez y Calidad de Vida.....	27
1.8 Casa de día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM)	31
Capítulo II. Predictores de la Calidad de Vida en Personas Mayores	33
2.1. Aptitud Física	33
2.1.1 Aptitud Física y su Definición	33
2.1.2 Diferencia de Conceptos	34
2.1.3 Dimensiones de la Aptitud Física.....	38
2.1.4 Medición de la Aptitud Física	39
2.1.5 Relación entre la Aptitud Física y Calidad de Vida	45

2.2 Bienestar Psicológico	47
2.2.1 Definición.....	47
2.2.2 Teorías y Modelos con Relación al Bienestar Psicológico	49
2.2.3 Medición del Bienestar Psicológico.....	52
2.2.4 Relación del Bienestar Psicológico y la Calidad de Vida	55
2.3 Inteligencia Emocional	57
2.3.1 Definiciones	57
2.3.2 Modelos con Relación a la Inteligencia Emocional	58
2.3.3 Medición de la Inteligencia Emocional.....	61
2.3.4 Relación de la Inteligencia Emocional y la Calidad de Vida.....	64
2.4 Funcionamiento Familiar	65
2.4.1 Definiciones	66
2.4.2 Modelos del Funcionamiento Familiar	67
2.4.3 Medición del Funcionamiento Familiar	72
2.4.4 Relación del Funcionamiento Familiar y la Calidad de Vida	74
Capítulo III. Estrategia Metodológica	76
3.1 Planteamiento del Problema	76
3.2 Pregunta de Investigación	82
3.3 Justificación.....	82
3.4 Objetivos	86

3.4.1 Objetivo General	86
3.4.2 Objetivos Específicos.....	86
3.5 Hipótesis.....	86
3.6 Lugar y Población de Estudio.....	88
3.7 Tipo y Diseño de estudio.....	89
3.8 Tamaño de la Muestra.....	89
3.9 Definiciones de las Variables Conceptuales y Operacionales	89
3.10 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	91
3.11 Instrumentos y Métodos para la Recolección de Datos.....	92
3.12 Análisis de Datos Preliminar.....	101
3.13 Análisis de Datos	101
3.14 Consideraciones Éticas	102
3.15 Limitaciones.....	105
Capítulo IV. Análisis de Resultados. La Calidad de Vida en las Personas Mayores de la Casa de Día en el Valle de Toluca	106
4.1 Resultados.....	106
4.1.1 Análisis Descriptivo de las Variables Sociodemográficos.....	106
4.1.2 Análisis Descriptivos.....	114
4.1.3 Análisis Comparativos	119
4.1.4 Análisis de Correlación	121

4.1.5 Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica.....	126
4.2 Discusión	129
Conclusiones.....	150
Referencias	152
Anexos.....	191
Anexo 1.....	191
Anexo 2.....	194

Índice de tablas

Tabla 1. Un marco de capacidad funcional que indica los parámetros fisiológicos asociados con funciones necesarias para las actividades básicas y avanzadas de la vida diaria	40
Tabla 2. Frecuencias y porcentaje de datos básicos	108
Tabla 3. Recepción de apoyo emocional hacia la persona mayor	109
Tabla 4. Frecuencia de patologías	110
Tabla 5. Datos sociodemográficos: información sobre ejercicio físico.....	112
Tabla 6. Nivel laboral de las personas mayores	113
Tabla 7 Estadísticos descriptivos las variables y dimensiones en el total de las personas mayores.....	118
Tabla 8. Efectos del nivel educativo.....	120
Tabla 9. Efectos por grupos de edad.....	121
Tabla 10. Correlación entre calidad de vida general, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar.....	122
Tabla 11. Correlación entre calidad de vida en la persona mayor, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar	123
Tabla 12. Correlación entre calidad de vida en la persona mayor, bienestar psicológico, inteligencia emocional, funcionamiento familiar y valores biométricos.....	125
Tabla 13. Correlación entre calidad de vida en la persona mayor, bienestar psicológico, inteligencia emocional, funcionamiento familiar y aptitud funcional	125
Tabla 14. Intercorrelaciones entre variables de estudio.....	126
Tabla 15. El análisis de regresión lineal jerárquica, predictores de la calidad de vida (N = 126).....	127

Tabla 16. El análisis de regresión lineal jerárquica, predictores de la Calidad de vida en la persona mayor (N = 126).....	128
---	-----

Índice de figuras

Figura 1. Esquema del modelo conceptual de la OMS	22
Figura 2. Dimensiones de bienestar psicológico	50
Figura 3. Dimensiones del modelo McMaster de funcionamiento familiar	68
Figura 4 Clasificación de subgrupos por edad de las personas mayores.....	107

Predictores de la calidad de vida en personas mayores del Valle de Toluca: análisis de regresión múltiple

Resumen

El incremento de la población en México se vuelve cada vez más significativo y, en las próximas décadas, se incrementará la cantidad de personas con 60 años y mayores. Es necesario considerar que no todas las personas envejecen igual; por ello, es importante efectuar análisis para comprender los diversos factores que inciden en su calidad de vida, tanto en la dimensión de la salud física o mental, así como los entornos, las condiciones económicas y sociales. Por lo anterior, la presente investigación tiene como propósito evaluar el grado en que las variables clínicas (aptitud física, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar) pueden predecir la calidad de vida de las personas mayores del Valle de Toluca. Se trata de una investigación cuantitativa, con un enfoque descriptivo-correlacional y regresión múltiple, no experimental, con un corte transversal. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional con 126 personas mayores, de 60 a 89 años, que acudían a una de las casas de día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) ubicadas en Toluca, Estado de México. Después de firmar el consentimiento informado, se procedió a recolectar los datos mediante la utilización de la escala World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) y World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOLOLD), que miden la calidad de vida; la prueba Senior Fitness Test (SFT), que mide la aptitud física; la Escala de Bienestar Psicológico; el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24), que mide la inteligencia emocional, y el indicador de evaluación familiar de McMaster (FAD), que mide la funcionalidad familiar. Finalmente, los resultados se analizaron y se dieron a conocer, considerando las consideraciones éticas.

El estudio se realizó con una muestra mayoritariamente femenina (82,54 %), cuyo rango de edad oscilaba entre los 60 y los 89 años, con una edad media de 71,33 años. El incremento de la población en México se vuelve cada vez más significativo y, en las próximas décadas, se incrementará la cantidad de personas con 60 años y mayores. Es necesario considerar que no todas las personas envejecen igual; por ello, es importante efectuar análisis para comprender los diversos factores que inciden en su calidad de vida, tanto en la dimensión de la salud física o mental, así como los entornos, las condiciones económicas y sociales. Por lo anterior, la presente investigación tiene como propósito evaluar el grado en que las variables clínicas (aptitud física, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar) pueden predecir la calidad de vida de las personas mayores del Valle de Toluca. Se trata de una investigación cuantitativa, con un enfoque descriptivo-correlacional y regresión múltiple, no experimental, con un corte transversal. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional con 126 personas mayores, de 60 a 89 años, que acudían a una de las Casas de día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) ubicadas en Toluca, Estado de México. Después de firmar el consentimiento informado, se procede a recolectar los datos mediante la utilización de la escala de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) y World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOLOLD) que miden la calidad de vida, la prueba Senior Fitness Test (SFT) que mide la aptitud física, la Escala de Bienestar psicológico, el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) que mide la inteligencia emocional y el indicador de evaluación familiar de McMaster (FAD), el cual mide la funcionalidad familiar. Posteriormente, los resultados se analizan y se dieron a conocer, considerando las consideraciones éticas.

El estudio se realizó con una muestra mayoritariamente femenina (82.54%), cuyo rango de edad oscilaba entre los 60 y los 89 años, con una edad promedio de 71.33 años. En cuanto a la etapa de vejez, más de la mitad de las participantes (51.58%) se encuentran en vejez funcional, mientras que un 8.73% se ubican en vejez avanzada. Es importante destacar que el 84.93% de las participantes padece alguna enfermedad, siendo las más prevalentes las cardiovasculares, endocrino-metabólicas y del aparato locomotor. Los principales análisis revelaron que los predictores más importantes de la calidad de vida en general son el bienestar psicológico, el funcionamiento familiar y la aptitud física, los cuales explican el 56% de la varianza. En el caso específico de las personas mayores, se observó que los predictores más relevantes son el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar, que explican el 58 % de la varianza en la calidad de vida de este grupo poblacional.

En conclusión, los resultados del estudio sugieren áreas donde se puede mejorar la calidad de vida de las personas mayores, como las relaciones sociales, la intimidad, las relaciones positivas, el propósito de vida, la claridad emocional y la respuesta afectiva de la familia. Los resultados obtenidos permiten afirmar que la investigación sobre la calidad de vida en las personas mayores es fundamental para garantizar su bienestar. Se hace hincapié en la necesidad de desarrollar programas y políticas públicas que aborden los factores que influyen en la calidad de vida y promuevan un envejecimiento saludable y activo.

Palabras Clave

Calidad de vida, inteligencia emocional, bienestar psicológico, funcionalidad familiar, funcionamiento familiar, aptitud física, persona mayor, adulto mayor.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la CdV como la percepción del individuo de su vida en el marco de su cultura y valores, abarcando aspectos como metas, preocupaciones, habilidades sensoriales, autonomía y participación social. Esta definición resalta la complejidad de la CdV, caracterizada por múltiples dimensiones y su variabilidad temporal, lo cual dificulta la definición universal y la medición estándar (Bautista-Rodríguez, 2017; Cummins, 1997; Pereira et al., 2012).

La CdV de las personas, incluyendo a individuos de 60 años o más, ha sido una preocupación constante en diferentes disciplinas tales como la Psicología, Geriatria y Gerontología, debido al desafío de comprender el proceso de envejecimiento y los cambios que intervienen en la CdV (Barros & Herrera, 2003). El acelerado envejecimiento de la población en Latinoamérica y el Caribe presenta retos considerables, ya que los índices de desarrollo humano no alcanzarán a igualar el ritmo del envejecimiento, particularmente en naciones como México (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022; González, 2015). El Estado de México, cuenta con una población de personas mayores (PM) en constante crecimiento, enfrenta la necesidad de comprender los cambios sociales, biológicos y psicológicos que impactan en la CdV de las PM (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017). Sin embargo, la falta de investigaciones específicas en esta región y la ausencia de análisis multivariados que integren diversas variables predictoras plantean un vacío en la literatura.

A pesar de la amplia información disponible sobre la CdV y variables como aptitud física, bienestar psicológico e inteligencia emocional, no se han llevado a cabo estudios relevantes con la población de PM en América Latina y el Caribe, y menos en México. Esto

resalta la necesidad de investigar más a fondo los predictores de la CdV en PM del Valle de Toluca, lo que motiva la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el grado en el que la aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar pueden predecir la calidad de vida de las personas mayores del Valle de Toluca?

Capítulo I. Marco Teórico sobre Calidad de Vida

La OMS (2002), estableció CdV como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (p. 98). Este concepto abarca varias dimensiones (Fernández-Mayoralas & Rojo-Pérez, 2005; Aroca et al., 2017) y es complejo, debido a que abarca tanto aspectos personales como el bienestar físico, la satisfacción con la vida y la autonomía, así como factores ambientales y redes de apoyo social. Evaluar la CdV es crucial debido a su estrecha relación con el proceso de envejecimiento (Durand, 2018). El proceso depende de muchos factores que intervienen a nivel físico, psicológico, social y varían en intensidad y forma de presentación entre individuos (Alvarado & Salazar, 2014; Serrano, 2013).

El propósito de este capítulo es exponer los aspectos más relevantes relacionados con la CdV, incluyendo su origen, concepto, dimensiones, relación con el envejecimiento y la metodología de evaluación.

1.1 Antecedentes Históricos del Concepto de Calidad de Vida

El concepto de CdV es un constructo complejo y está influenciado por múltiples factores externos e internos de la persona (Pereira et al., 2012). Esta variable ha evolucionado a lo largo de las décadas e históricamente se encuentran diferentes definiciones según la época (Bautista-Rodríguez, 2017), por lo que no existe una definición universal ni una forma estándar de medirla (Cummins, 1997).

El surgimiento del concepto de CdV y el interés por su evaluación rigurosa y científica comenzaron alrededor de la década de 1960 en occidente. Este período coincidió con transformaciones sociales significativas y el desarrollo de nuevos modelos

epidemiológicos sobre el proceso de salud-enfermedad, lo que impactó la prestación de atención sanitaria (Ruidiaz-Gómez & Cacante-Caballero, 2021). No obstante, este concepto no es reciente debido a que siempre se ha manifestado una preocupación en relación con el bienestar, la felicidad (Monardes, 2012) y la salud (Urzúa, 2010), términos que se han relacionado con la CdV. Estos conceptos emergen como respuesta a la insatisfacción observada en sociedades caracterizadas por la abundancia y el consumismo. Cuestionan la noción de que la felicidad humana reside únicamente en la satisfacción de necesidades materiales (Palomino & López, 1999).

Si nos concentramos en la dimensión de la salud que se integra en la CdV, cabe señalar que desde la civilización griega en el siglo V a. de C. se llevaban a cabo procedimientos para la restauración de la salud, ya que era una de sus principales preocupaciones. También sabían que los alimentos eran necesarios para mantener la vida, pero estos podrían provocar enfermedades (Lips & Urenda, 2014). A su vez, la felicidad también fue una fuente de preocupación para el hombre. La filosofía fue de las primeras ramas científicas en este término, Aristóteles generó la ética eudemonismo, que tiene la felicidad como objetivo y el sujeto feliz es el que vive lo mejor posible, con una buena actuación (Bosh, 2019). Un ejemplo de la búsqueda del buen vivir se identifica al final de la Segunda Guerra Mundial, donde el estado se enfocaba en proveer servicios sociales de salud y los más elementales para la población (Olmos & Silva, 2011). Durante esta etapa, los investigadores se orientaban en conocer la percepción de las personas con respecto a su CdV o a su seguridad financiera (Villar et al., 2015).

En otro panorama, la CdV se empleó como herramienta para criticar la situación en los países socialistas, que intentaban satisfacer las necesidades materiales de toda la población. Se argumentaba que estos sistemas eran incapaces de ofrecer una CdV adecuada

porque no consideraban las dimensiones psicosociales. Desde esta perspectiva, se sostenía que solo mediante la mejora del mercado y su acceso a sectores más amplios de la sociedad se lograría una CdV óptima (Palomino & López, 1999). Hoy en día, al reconocer que el bienestar humano no se relaciona únicamente con los aspectos materiales, sino también con los aspectos espirituales, se ha buscado medir el progreso y desarrollo a través del concepto de CdV (Alemán, 2017). Si bien, dichos conceptos han cambiado a lo largo del tiempo y de acuerdo con el contexto específico de una sociedad, en una suerte de actualización discursiva, pragmática y de contenido (López, 2019). Podemos inferir entonces que la noción de CdV tiene raíces históricas que se remontan posiblemente hasta los albores de la civilización (Schuessler & Fisher, 1985).

Desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, la noción de CdV ha evolucionado de ser un concepto principalmente filosófico o sociológico para definir de manera concreta en áreas profesionales como los servicios sociales, la atención médica y el ámbito educativo. Este constructo se fundamenta en los avances de las ciencias sociales (Schalock & Verdugo, 2006) y actualmente el objetivo de investigar la CdV es optimizar, transformar e innovar resultados personales y las transparencias de programas, servicios y apoyos (Schalock & Verdugo, 2007). Actualmente, la CdV es parte de la dignidad de la persona debido a que se fundamenta en el deber ético de ayudar a sus necesidades básicas y aplicar sus derechos para que sean menos vulnerables y disfruten de una vida autónoma plena (León, 2011).

1.2 Definiciones

A pesar de que no se dispone de una definición específica de CdV (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012), este concepto puede ser explicado mediante diversos modelos y enfoques, debido a que es un término que abarca múltiples disciplinas (Nava, 2012).

Desde un enfoque semántico, la palabra “calidad” alude a ciertas peculiaridades o atributos de un objeto específico, mientras que “vida” abarca un concepto complejo y multifacético (Fernández-Ballesteros, 1998). Por lo tanto, es crucial examinar esta definición desde diversas perspectivas. De acuerdo con una definición preliminar propuesta por Giusti (citado en Mora et al., 2004), la CdV se conceptualiza como un estado de bienestar integral que abarca las dimensiones ocupacional, intelectual, física, emocional, espiritual y social. Este estado propicio que los individuos puedan satisfacer tanto sus necesidades personales como las de su comunidad. De la misma forma, para algunos autores, un segundo concepto de CdV surge como resultado de investigaciones sociológicas previas sobre bienestar subjetivo y la satisfacción vital en poblaciones generales sanas (Campbell et al., 1976). En otra perspectiva, la CdV implica una evaluación multidimensional que considera los aspectos intrapersonales y sionormativos, tanto del individuo como del entorno (Lawton, 1983). Esta definición destaca que la CdV es un constructo que puede ser percibido tanto de manera objetiva como subjetiva. A su vez, una cuarta definición, sostiene que la CdV es un concepto complejo, aunque puede entenderse mediante una definición global de cada uno de sus componentes y subcomponentes, y al buscar un punto de conexión entre ellos (Alguacil, 2000). En esta perspectiva, la CdV se concibe como un nivel ideal de satisfacción de las necesidades humanas. Čevela et al. (como se citó en Siverová & Bužgová 2014) menciona que además se deben de ver los valores y las preferencias debido a que cambian con el desarrollo de la personalidad humana. En este contexto, una quinta definición presenta la CdV como el bienestar y que se afecta por elementos del entorno social, lo que a su vez tiene un impacto en el desarrollo humano de la población (Velarde-Jurado & Ávila-Figueroa, 2002).

En 2002, el Programa de Salud Mental de la OMS exploró el concepto de CdV. Según la OMS, la CdV se refiere a cómo un individuo percibe su posición en la vida, considerando su contexto cultural y de valores, así como sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Esta evaluación se realiza teniendo en cuenta los dominios definidos por el WHOQOL-OLD, que incluyen las habilidades sensoriales, la autonomía, las actividades pasadas, presentes y futuras, la participación social, la muerte y la intimidad.

A partir de estas definiciones, se puede afirmar que el concepto de CdV ha emergido como un foco central para la investigación y la implementación en diversos ámbitos, tales como la educación (tanto convencional como especializada), la atención médica (tanto física como mental), los servicios sociales (en áreas como la discapacidad y el envejecimiento) y en el ámbito familiar (Teyssier, 2015).

Según Alguacil (2000), existen definiciones similares que mantienen entre sí relaciones de complementariedad y oposición, las cuales no pueden sustituir el constructo de CdV, como:

- Nivel de vida: medida cuantitativa resultante de la suma de la capacidad de consumo privado y del acceso a servicios públicos, los cuales compone aspectos más objetivos.
- Modo de vida: forma colectiva de ser y estar en la vida determinada por patrones comunes de orden cultural que caracteriza los estilos de vida.
- Sentido de vida: se logra a través de la autonomía crítica, siempre y cuando se cuente con un grado específico de bienestar, identidad y libertad, que son esenciales para ser conscientes del proceso de CdV.
- Estilo de vida: opción individual de desarrollo vital dentro de la variabilidad condicionada por el nivel y el modo de vida.

1.3 Teorías que Explican la Calidad de Vida

En esta sección, se presentan varias teorías que abordan la CdV en la vejez con el propósito de ejemplificar, diferenciar, explicar y detectar sus conexiones. La CdV se ha interpretado como la manifestación del cumplimiento de las necesidades humanas básicas y como el resultado de la percepción y evaluación personal, influenciada por el entorno circundante (Rodríguez & García, 2006). En el presente estudio, se adopta la definición de CdV propuesta por la OMS, que la define como la percepción que tiene una persona sobre su lugar en la vida, considerando su cultura y sistema de valores, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Esta definición considera diversos aspectos del bienestar humano, incluyendo las capacidades sensoriales, la autonomía, las actividades pasadas, presentes y futuras, la percepción de la muerte, la participación social y la intimidad (Programa de Salud Mental, 2002).

Entre las distintas teorías que exploran la CdV, se encuentra la Teoría de Maslow (Maslow, 1987), que establece una jerarquía de necesidades y sugiere que su satisfacción mejora la CdV. La teoría de la actividad vincula la participación con la felicidad en la vejez, fomentando la actividad física y social para un mayor bienestar (Havighurst et al., 1961). Por otro lado, la teoría de la desvinculación sostiene que las PM se desvinculan gradualmente de las interacciones sociales y los roles ocupacionales, lo que puede minimizar el estrés y mejorar la CdV al permitirles enfocarse en actividades más significativas (Cumming & Henry, 1961).

Por otra parte, la teoría de la autodeterminación analiza la motivación y la personalidad, resalta la importancia de las necesidades psicológicas de competencia, autonomía y conexión para disfrutar de las actividades y lograr una CdV satisfactoria (Ryan

& Deci, 2000). Por otro lado, el Enfoque de Capacidades, propuesto por Amartya Sen, redefine el desarrollo en términos de libertad y CdV, centrándose en las oportunidades que permiten una vida valiosa (Garcés, 2020).

1.4 Modelos que mencionan la Calidad de Vida

Existe una variedad de modelos para examinar la CdV, algunos de los cuales tienen un enfoque general que no toma en cuenta la edad como factor determinante. Además, solo algunos de estos modelos han sido aplicados al campo de las PM (Pérez et al., 2013). Por lo tanto, resulta esencial sugerir un modelo que considere las necesidades según las perspectivas actualizadas sobre el desarrollo, la CdV en las PM, con la intención de abarcar tantos aspectos cuantitativos como cualitativos. Esto sería un mecanismo adecuado para diagnosticar las realidades y elaborar políticas públicas (Delgado & Salcedo, 2010)

Los modelos teóricos para investigar la CdV en PM se centran en aspectos multidimensionales y se ajustan a las nuevas perspectivas sobre el desarrollo y la CdV de este grupo poblacional. Dentro de los diversos modelos existentes, sobresale el Modelo Ecológico de Lawton, propuesto por Lawton en 1991. Este modelo conceptualiza la CdV como una valoración subjetiva y multidimensional que se basa en criterios tanto intrapersonales como sionormativos. El modelo evalúa la CdV a través de cuatro dimensiones: competencia conductual, CdV percibida, entorno objetivo y satisfacción/bienestar general (Lawton, 1991).

Por otro lado, el Modelo Integral de la Calidad de Vida (CHP), desarrollado por el Centro para la Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, se enfoca en nueve aspectos clave de la CdV, que incluyen dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, de integración

social y comunitaria, así como crecimiento personal y actividades recreativas (Raphael et al., 2001).

En otras palabras, el Modelo Teórico de la Naturaleza de la CdV, que se fundamenta en la jerarquía de necesidades de Maslow y la teoría de capacidades de Sen, distingue cuatro dimensiones de la CdV: autonomía, estatus, bienestar psicosocial y bienestar funcional. Cada una de estas dimensiones tiene características tanto individuales como contextuales que afectan la CdV de las PM (Maslow, 1987).

Estos modelos ofrecen un enfoque holístico e integral para comprender y evaluar la CdV en las PM, considerando tanto dimensiones objetivas como subjetivas, así como la interacción entre el individuo y su entorno. En este estudio, se adoptó el Modelo Conceptual de la Calidad de Vida de la OMS, que se expondrá con detalle en estas secciones.

Modelo Conceptual de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud

La OMS realizó investigaciones sobre la CdV y propuso su propia definición, considerando diversas características del constructo, tales como su percepción de contextos objetivos y subjetivos, su naturaleza multidimensional y la inclusión de funcionamientos tanto positivos como negativos.

A pesar de que este modelo, al igual que sus predecesores, no ha obtenido el consenso unánime de todos los investigadores (Figura 1), es importante destacar que aborda factores relacionados con la percepción individual de la CdV, ofreciendo así un enfoque multidimensional.

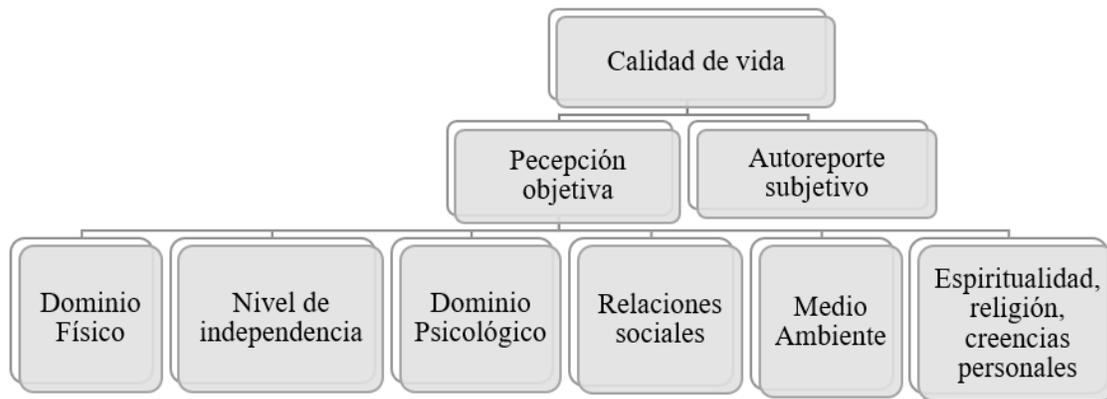
El Modelo Ecológico de Lawton se compone de dos partes principales: la percepción subjetiva y el autorreporte. Cada parte se divide en diferentes dimensiones que abarcan aspectos de la vida de una persona.

- Dimensión física: Esta dimensión evalúa la salud física del individuo, incluyendo aspectos como el dolor, el malestar, la energía, el cansancio, el sueño y el descanso.
- Dimensión de independencia: Esta dimensión analiza el grado de autonomía funcional del individuo, teniendo en cuenta su movilidad, la habilidad para realizar actividades cotidianas, la dependencia de medicamentos o tratamientos, y su capacidad laboral.
- Dimensión psicológica: Esta dimensión se centra en el bienestar emocional y mental del individuo, incluyendo sentimientos positivos como la reflexión, el aprendizaje, la memoria, la concentración, la autoestima y la imagen corporal, así como sentimientos negativos.
- Dimensión de relaciones sociales: Esta dimensión evalúa la calidad de las relaciones interpersonales del individuo, considerando el apoyo social y la actividad sexual.
- Dimensión del medioambiente: Esta dimensión analiza los aspectos del entorno que influyen en la CdV del individuo, incluyendo la seguridad física, el entorno del hogar, los recursos económicos, los servicios de salud y asistencia social, las oportunidades para aprender y adquirir nuevas habilidades, las actividades de ocio, las condiciones físicas del entorno (como la contaminación, el ruido, el tráfico y el clima) y el transporte.
- Dimensión espiritual: Esta dimensión se enfoca en las creencias y prácticas religiosas o espirituales del individuo, así como en su sentido de trascendencia y conexión con algo más grande que él mismo. (Grupo de Evaluación de la Calidad de Vida de la OMS, 1996).

En esencia, este enfoque se centra en la interconexión entre las condiciones de vida y el nivel de satisfacción personal, con el propósito de optimizar la entrega de servicios (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Figura 1.

Esquema del modelo conceptual de la OMS



Elaborado por Urzúa y Caqueo-Urizar (2012).

1.5 Medición de la Calidad de Vida en la Persona Mayor

La evaluación de la CdV tiende a ser más descriptiva que definitiva, por lo tanto, es crucial considerar tanto la definición como su método de medición (Netuveli & Blane, 2008). La percepción de CdV en las PM puede verse influenciada por su estado de salud mental y física, sus relaciones sociales y nivel de independencia (Queirolo et al., 2020). Estos factores impactan en la capacidad de las PM para satisfacer sus necesidades básicas de manera adecuada (Max-Neef, 2010).

La evaluación de la CdV se puede realizar a través de tres enfoques principales: el normativo, el de la satisfacción de las preferencias y el de la evaluación subjetiva. Cada enfoque tiene sus propias características y limitaciones, por lo que la elección del enfoque

más adecuado dependerá del contexto específico del estudio y de los objetivos de la investigación.

Con el paso del tiempo, se han creado diversos instrumentos para medir la CdV. Existen algunos diseñados para evaluar CdV en contextos patológicos, en etapas específicas del desarrollo y de manera genérica, cada uno con sus propias ventajas y limitaciones (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002). En psicología existe un creciente interés en evaluar la utilidad de la CdV debido a la importancia en las intervenciones clínicas porque se requiere de mediciones empíricamente válidas, las cuales determina el grado en el que el tratamiento ha sido exitoso. Ello permite estimar el nivel de mejora de la CdV del paciente (Gladis et al., 1999). En consecuencia, emerge el constructo de CdV como una variable empleada para determinar el cambio en intervenciones clínicas en los servicios de salud mental (Bigelow et al., 1982).

La escala World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL), desarrollada con un enfoque transcultural y centrada en la percepción subjetiva de la CdV, se ha convertido en uno de los instrumentos genéricos más utilizados para evaluar la CdV en adultos (Lucas-Carrasco, 2012). La escala WHOQOL ofrece dos opciones: la versión completa WHOQOL-100 y la versión abreviada WHOQOL-BREF, ambas validadas al español.

1. WHOQOL-100 (Versión completa):

- Estructura: Compuesta por 100 ítems distribuidos en 26 facetas y 6 dominios:
- Dominio 1: Salud física (12 ítems)
- Dominio 2: Salud psicológica (32 ítems)
- Dominio 3: Nivel de independencia funcional (14 ítems)

- Dominio 4: Relaciones sociales (8 ítems)
- Dominio 5: Medioambiente (12 ítems)
- Dominio 6: Espiritualidad/religión/creencias personales (12 ítems)
- Facetas globales: Incluye dos facetas adicionales que evalúan la CdV en general y la satisfacción con la salud.

2. WHOQOL-BREF (Versión abreviada):

- Estructura: Conformada por 24 ítems que abarcan 4 dimensiones:
- Dimensión 1: Salud física (8 ítems)
- Dimensión 2: Salud psicológica (6 ítems)
- Dimensión 3: Relaciones sociales (4 ítems)
- Dimensión 4: Entorno (6 ítems)
- Preguntas globales: Similar a la versión completa, incluye dos preguntas que evalúan la CdV en general y la satisfacción con la salud.

Aspectos para destacar:

- La WHOQOL-100 ofrece una evaluación más detallada de la CdV, mientras que la WHOQOL-BREF es más práctica y eficiente para su aplicación.
- Ambas versiones evalúan dimensiones importantes de la CdV, incluyendo aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales.
- La incorporación de preguntas generales sobre la CdV y la satisfacción con la salud proporciona una perspectiva amplia del bienestar del individuo.

Un instrumento adicional empleado para evaluar la CdV en PM es el CASP-19, el cual se enfoca en medir el grado de bienestar, centrándose particularmente en la satisfacción de cuatro necesidades: control, autonomía, autorrealización y placer. Este instrumento

consiste en un cuestionario autoadministrado compuesto por ítems tipo Likert escalonados, que consta de 19 preguntas (Hyde et al., 2003). El CASP presenta una versión de 12 ítem que combina las dimensiones de control combinadas con autonomía, placer y autorrealización, con el propósito de diseñar un modelo que garantice un ajuste adecuado a los datos, y que, además, preservará el valor teórico de la escala (Wiggins et al., 2008).

Asimismo, en España se ha desarrollado una escala inicial conocida como FUMAT. Esta herramienta tiene como objetivo evaluar de manera objetiva la CdV personas mayores de 18 con alguna discapacidad y PM que reciben servicios sociales. La escala FUMAT se fundamenta en diversas dimensiones que incluyen aspectos de la vida como las relaciones interpersonales, el bienestar emocional, físico y material, el desarrollo personal, la inclusión social y los derechos, la autodeterminación. El instrumento consiste en un cuestionario autoadministrado de 57 preguntas con respuestas tipo Likert, distribuidas en ocho subescalas que corresponden a cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente. A través de este cuestionario, los usuarios proporcionan información relevante sobre su percepción de la CdV (Verdugo et al., 2009).

En el Reino Unido, se desarrolló el cuestionario llamado Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-35) en su idioma original, con el propósito de respaldar la hipótesis que describe la CdV como un componente multifactorial y diseñado para evaluar la CdV de las PM. Este cuestionario incluye 35 afirmaciones con respuestas en una escala tipo Likert, que abordan temas como la salud, la independencia, el control sobre la vida y la libertad, el hogar y el vecindario, las condiciones económicas, el bienestar psicológico y emocional, las relaciones sociales y la participación, el ocio, las actividades, la religión y la satisfacción general con la vida (Bowling & Stenner, 2011).

1.6 Dimensiones y Atributos de la Calidad de Vida

En este estudio se empleará la versión abreviada del cuestionario de CdV de la OMS(WHOQoL-BREF), que fue desarrollada a partir del WHOQoL-100. Como se mencionó anteriormente, este cuestionario consta de dos ítems relacionados con la CdV y la salud general, así como 24 ítems que abordan diversos aspectos de la CdV, agrupados en cuatro dimensiones: la salud psicológica, las relaciones sociales, la salud física y el entorno. Se utiliza una escala de tipo Likert de cinco puntos, donde puntuaciones más altas indican una mejor CdV, y el puntaje máximo es de 100 (WHOQOL Group, 1996). Esta medida ha sido validada como una herramienta confiable para evaluar la CdV en PM (Vélez, 2021).

La dimensión de salud física se puede definir como la ausencia de patología, síntomas o efectos adversos ocasionados por tratamientos (Jiménez, 2016). Otra forma de comprender la salud física es la capacidad motora genéticamente determinada de una persona, conocida como preparación física, quien durante su vida experimenta cambios significativos en su proceso de adaptación morfofuncional (desarrollo físico) a las situaciones cambiantes de su entorno externo y la actividad vital (Lebedinsky et al., 2017).

En el instrumento de la CdV que se empleará, la dimensión de salud física se estructura en diversas áreas. La primera se centra en la evaluación del dolor y el malestar, en la cual se examina la posibilidad de que las sensaciones físicas desagradables puedan generar dificultades en la vida cotidiana. La segunda área se compone de la medicación o tratamiento, la cual se refiere al nivel de dependencia que la persona mayor siente hacia los cuidados médicos. Esta sección se centra en el grado de dependencia de los medicamentos que una persona mayor necesita para mantener su bienestar físico y psicológico. La tercera área aborda la energía y la fatiga, evaluando la resistencia y el entusiasmo para llevar a cabo las

actividades cotidianas. La cuarta área se centra en la movilidad, valorando la capacidad general para desplazarse de forma independiente. La quinta área examina la calidad del sueño y descanso en relación con la CdV de la persona. La sexta área se enfoca en actividades de la vida diaria que reflejan la habilidad de la persona mayor para cuidarse a sí misma y su entorno. Por último, el área de capacidad de trabajo evalúa la eficiencia con la que la persona mayor utiliza su energía para realizar tareas, independientemente del tipo de trabajo. En resumen, la salud física comprende la evaluación del dolor y malestar, la dependencia de tratamientos o terapias, la energía y fatiga, la movilidad, el sueño y descanso, las actividades cotidianas y la capacidad de trabajo (Ruvalcaba et al., 2014).

1.7 Envejecimiento Poblacional, Vejez y Calidad de Vida

El envejecimiento demográfico, caracterizado por la reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, surge como consecuencia de transformaciones en los patrones demográficos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004). Si bien este fenómeno puede considerarse un indicador del progreso socioeconómico y el éxito de las políticas de salud pública (OMS, 2019), también presenta desafíos que requieren atención para garantizar el bienestar en las PM.

Un desafío fundamental es el cambio en la estructura etaria de la población, el cual incrementa la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas y discapacidades, siendo la edad avanzada un factor de riesgo significativo (Bucella & Brandi, 2016). Abordar este desafío exige estrategias enfocadas en mejorar la capacidad funcional y la salud de las PM, promoviendo su participación social y garantizando su seguridad (OMS, 2019).

A nivel global, se está produciendo un rápido aumento en la proporción de PM de 60 años, debido al incremento en la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de natalidad.

Este fenómeno, que se observa en casi todos los países, se espera que se intensifique en las próximas décadas. Se proyecta que entre 2015 y 2050, la cantidad de PM de 60 años en el mundo se duplicará, pasando de 900 millones a 2000 millones, lo que representa un incremento del 12% al 22% (Osuna, 2009).

En México, el proceso de envejecimiento poblacional presenta desafíos particulares. La población mayor, que actualmente representa el 6.3% del total, se triplicará para el año 2050, alcanzando el 20.2% según proyecciones de la Agencia Central de Inteligencia (citado en Ángel et al., 2017). El acelerado envejecimiento de la población mexicana, comparado con el ritmo de otros países, conlleva una mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre los mayores, posicionándolas como un grupo vulnerable desde las perspectivas fisiológica, social y económica. Esta situación exige una atención especializada y multisectorial por parte del sistema de salud, así como de la familia y de la sociedad en su conjunto (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2011).

El veloz envejecimiento poblacional que experimentan las naciones del mundo presenta un reto sin parangón. Países como Brasil, China y la India se ven obligados a adaptarse a un incremento considerable en la proporción de PM en un lapso mucho más breve que el que tuvo Francia, por ejemplo, que dispuso de 150 años para realizar este ajuste (Domínguez, 2023). Este ritmo acelerado exige medidas urgentes y estrategias coordinadas para atender las necesidades de la población mayor y garantizar su bienestar en el contexto de una sociedad en constante transformación.

La sociedad sostiene que la llegada a la vejez implica una carencia insuficiente de CdV (Iglesias-Souto & Dosil, 2005). Por tanto, el estudio de la CdV en PM es un tema relevante y de creciente interés para disciplinas como la Psicología, Geriátría y Gerontología, las cuales se centran en comprender el proceso de envejecimiento y los componentes

cruciales que influyen en la CdV de este grupo demográfico (Barros & Herrera, 2003). Específicamente, la evaluación subjetiva de las emociones de las PM juega un papel importante en su capacidad para adaptarse de manera positiva o negativa a circunstancias objetivas adversas que pueden surgir en la vejez y que tienen impacto en su CdV (León et al., 2011).

La promoción de la CdV en las PM está íntimamente relacionada con el concepto de envejecimiento activo. Este concepto se refiere al proceso de maximizar la participación social, las oportunidades para la salud y la seguridad, con el objetivo de mejorar la CdV de las PM a medida que envejecen (OMS, 2015). La CdV en las PM presenta características específicas debido a las particularidades de esta etapa de la vida. Estas características dependen en gran medida del contexto social, cultural y económico en el que se experimenta la vejez (Mireles, 2021). El estudio de la CdV en las PM considera una multiplicidad de factores que determinan las condiciones y expectativas de vida de este grupo poblacional. Estos factores incluyen valores, necesidades e intereses individuales, aspiraciones, aceptación de los cambios, percepción del bienestar, valoración de las redes de apoyo y el rol desempeñado en ellas. Estos elementos subjetivos de la CdV contribuyen a comprender la realidad de las PM, complementando los aspectos objetivos como los servicios disponibles, las enfermedades que padecen, el acceso a bienes y otros (León et al., 2011).

En cuanto a estas perspectivas, considerando el aumento de población de los últimos años (OMS, 2015), es un desafío urgente y cercano proteger las necesidades específicas durante la vejez (Gutiérrez et al., 2016). En el contexto anterior, la vejez adquiere importancia independientemente de la edad, debido a que en esta etapa se produce un aumento de las

situaciones de dependencia e incremento de enfermedades crónicas en particular (Maldonado & Mendiola, 2009).

Las PM con capacidad física pueden llevar a cabo actividades independientes en su diario existencia, lo cual constituye un elemento crucial en la percepción de la CdV de los individuos mayores, así como un funcionamiento mental que permite tomar decisiones con libertad y autonomía (León et al., 2011). A su vez, Gonzales-Celis (2010) lo relaciona con el sostenimiento de una alimentación saludable, las relaciones y apoyos sociales. Asimismo, Krzeimen y Lombardo (2001) mencionan que las relaciones sociales son un indicador más en la CdV, las cuales tienen el objetivo de lograr un reconocimiento y que estas sean significativas para así promover un modelo de envejecimiento saludable. De la misma forma, otro indicador es la salud y su percepción de bienestar a la hora de determinar su CdV (Rivera, 2003). Por otra parte, Dulcey-Ruiz (2013) percibe el envejecimiento como un proceso diferencial, multidimensional y complejo, con cambios permanentes que dependerán de factores biológicos y ambientales.

El proceso de envejecimiento se torna más evidente al llegar a la vejez, la etapa final de la vida, cuya naturaleza, desarrollo, oportunidades y limitaciones están influenciados por los grupos sociales (Mendoza-Núñez et al., 2017). La vejez, una fase de la vida caracterizada por transformaciones significativas a nivel físico, psicológico y social (Aniorte, 2003), ha adquirido relevancia en el contexto actual debido al incremento constante de la esperanza de vida (OMS, 2015).

Se considerará persona mayor a aquel individuo que se encuentre en esta etapa, es decir, a quien tenga 60 años, siempre y cuando no supere los 65 años (Convención Internacional sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2019). En este caso, existen

otros términos para denominar a la persona mayor, como anciano, adultos mayores, jubilados, añosos, gerontes, abuelos, persona de tercera edad, añoso, viejo, entre otros (Ludi, 2011). El uso de términos mencionados anteriormente tiene múltiples explicaciones y connotaciones, lo que favorece estereotipos negativos (Mingorance et al., 2018). Su conceptualización se basa en ideas, valores, creencias y expectativas, tanto para la persona mayor, la familia, la sociedad como en el paradigma científico (Dabove & Prunotto, 2006). No obstante, resulta esencial establecer un término para estas personas debido a que se describe un significado particular (Ludi, 2011).

En este estudio, se emplea el término “vejez” para hacer referencia a la fase del curso de vida, mientras que el término "personas mayores" se empleará para identificar a aquellos individuos que se encuentran en esta etapa.

1.8 Casa de día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM)

La Casa de Día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) es un establecimiento dedicado a brindar una atención completa a los adultos mayores, así como a promover su bienestar físico, emocional y social. Inaugurada el 5 de abril de 2019, ofrece una amplia gama de servicios y actividades diseñadas específicamente para mejorar la CdV de las PM y fomentar su participación en la comunidad.

Actualmente, la Casa de Día del DIFEM atiende a 635 PM, de las que 525 son mujeres y 110 hombres. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a 16:00 horas. Los requisitos para ingresar incluyen ser habitante del Estado de México, tener al menos 60 años, presentar una identificación oficial con fotografía o un documento que acredite la edad, ser capaz de valerse por sí mismo, presentar un certificado médico que indique esta capacidad y

una responsiva firmada por un familiar, así como una copia de la identificación oficial con fotografía del familiar que firma la responsiva.

Con lo anterior, algunos de los servicios que ofrece la Casa de Día del DIFEM incluyen:

- Atención médica: Ofrecen una amplia gama de servicios médicos que incluyen atención básica, monitoreo de signos vitales, administración de medicamentos y curaciones, entre otros.
- Actividades recreativas y culturales: Organizan una variedad de actividades recreativas incluyendo paseos culturales y de esparcimiento, además tienen 24 talleres como computación, lectura, bisutería, acondicionamiento físico, cachibol, guitarra, baile, costura, malla, florería, tejido a gancho y agujas, yoga, manualidades, danzón, baile de salón, marimba, taichí, dominó, club de la memoria, frivolité, tanatología, cocina, alfabetización y danza regional.
- Apoyo psicológico y emocional: Brindan orientación y asesoramiento psicológico para ayudar a las PM a enfrentar los desafíos emocionales y psicosociales asociados con el envejecimiento.
- Asesoramiento legal y social: Ofrecen servicios de asesoramiento legal y apoyo social para ayudar a las PM a resolver problemas legales y sociales, así como a acceder a recursos y beneficios disponibles para ellos.

Es relevante señalar que la Casa de Día del DIFEM cuenta como espacios inclusivos, aunque no son totalmente accesibles para personas con discapacidades de movilidad. Sin embargo, es importante destacar que esta casa fomenta valores como la dignidad, el respeto y la autonomía de las PM.

Capítulo II. Predictores de la Calidad de Vida en Personas Mayores

Este capítulo aborda los factores predictivos de la CdV en las PM, explicando diversas variables como la aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar.

En primer lugar, se comienza definiendo cada una de las variables y se presenta una revisión crítica de estudios previos que han investigado estos predictores, destacando sus hallazgos y limitaciones. Además, se presentan teorías y modelos que ofrecen explicaciones para comprender la relación entre los predictores y la CdV en PM. Posteriormente, se detallan los instrumentos utilizados para medir cada variable, y se finaliza resumiendo los principales descubrimientos y resaltando la importancia de comprender y abordar los predictores de la CdV en las PM. El conocimiento y análisis de estos predictores resultan esenciales para desarrollar estrategias efectivas destinadas a mejorar la CdV.

2.1. Aptitud Física

2.1.1 Aptitud Física y su Definición

Las definiciones más utilizadas de aptitud física abarcan una amplia gama de capacidades funcionales (Russell, 2012). Con la investigación empírica y académica, es más claro comprender las características multidimensionales de la aptitud física (Pangrazi & Hastad, 1989). Una de las primeras definiciones es la de Darling et al. (1948) quienes describen la aptitud física como la capacidad funcional de desempeñar un trabajo o actividad cotidiana sin experimentar fatiga excesiva. Más adelante, Howley y Franks (citados en Corbin, 1991) definen la aptitud física como la condición necesaria para mantener una fase de bienestar con un leve riesgo de problemas de salud prematuros y para tener la energía suficiente para participar en diversas actividades físicas. Por otro lado, Caspersen et al. (1985) amplían esta

definición al señalar que la aptitud física no solo permite realizar las actividades diarias con vigor, alerta y sin fatiga excesiva, sino también disfrutar de actividades recreativas y enfrentar situaciones de emergencia imprevistas. Según Howley y Franks (citados en Corbin, 1991), la aptitud física es esencial para mantener el bienestar y reducir el riesgo de problemas de salud, así como para contar con energía para diversas actividades físicas. Además, se considera que la aptitud física comprende un conjunto de habilidades motoras que pueden mejorarse mediante un aumento en la actividad (Bofill, 2008).

Para esta investigación, se adopta la definición propuesta por Rikli y Jones (2001), quienes describen la aptitud física como la capacidad para realizar de manera segura e independiente las actividades cotidianas, sin evidenciar signos de fatiga. En consonancia con las definiciones previamente mencionadas, la mayoría de los autores en el campo de la aptitud física coinciden en que este concepto posee una naturaleza multidimensional y jerárquica (Corbin, 1991). Igualmente, considerando las frases como "capacidad funcional", "tarea física", "llevar a cabo tareas cotidianas" y "realizar actividad física" sugieren que la intención de los autores era describir un concepto relacionado principalmente con la capacidad para la actividad motora gruesa, por lo que las definiciones varían considerablemente, pero todas definen a la aptitud física en términos de capacidades de movimiento (Russell, 2012).

2.1.2 Diferencia de Conceptos

El organismo del ser humano está apto para moverse, más aún, tiene la necesidad de realizarlo (Escalante, 2011). Previamente a la descripción de la aptitud física, un concepto fundamental en esta investigación resulta crucial diferenciar términos que, a menudo, se utilizan de forma confusa: actividad física, ejercicio físico, deporte y aptitud física (physical fitness). Aunque estas variables están estrechamente relacionadas, no deben ser consideradas

sinónimos. La actividad física es crucial para la vida cotidiana del ser humano, debido a que el sistema locomotor nos permite efectuar acciones como caminar, correr y nadar, entre otras (Luarte, 2016). La actividad física se define como cualquier movimiento corporal que produce un gasto energético mayor al del estado de reposo, trascendiendo la mera acción de mover el cuerpo (Caspersen, 1985). Además, se concibe como una experiencia personal que facilita la interacción con los demás y con el entorno, añadiendo una dimensión social y ambiental a este concepto (Devis, 2000). La actividad física se clasifica en actividades de la vida diaria, ocupacional, laboral, doméstica, deportiva, ente otras (Gobierno de Canarias, 2012). De cualquier forma, la actividad física entendida en su concepto global incluye tres conceptos:

- Actividad física de tipo aeróbico: es aquella en la que la energía se obtiene por vía aeróbica, por oxidación o combustión, utilizando el oxígeno. Son ejercicios que movilizan rítmicamente y por tiempo mantenido los grandes grupos musculares (la marcha rápida, correr, montar en bicicleta, nadar, bailar, etc.). Sus efectos principales son de fortalecimiento físico, especialmente por mejoras en los sistemas cardiovascular, respiratorio, neuromuscular y metabólico. Además, el aumento de la capacidad aeróbica, que es la cantidad máxima de oxígeno que un sujeto puede absorber, transportar y emplear (Gobierno de Canarias, 2012). En este contexto, la actividad física contribuye a reducir los niveles de glucosa y colesterol en la sangre, lo que permite prevenir y retardar la aparición de diversas enfermedades comunes en las PM, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes mellitus. Asimismo, tiene un efecto protector ante el cáncer de mama y de colon (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG], 2012). Al realizar la actividad física se debe tener en cuenta que

si su duración es larga (minutos u horas), la fatiga se demoraba y la recuperación es lenta (Gobierno de Canarias, 2012).

- **Actividad física de tipo anaerobio:** es aquella en la que la energía se extrae de forma anaeróbica, enzimática, sin oxígeno. Son ejercicios que exigen que el organismo responda al máximo de su capacidad, la máxima fuerza y velocidad posible (correr espacios cortos: 60 m, 100 m, etc.), a alta velocidad (sprint), levantar pesos o cargas pesadas, efectuar cargas de tensión, resistencia con bandas elásticas, etc. La duración es breve (segundos). Sus efectos principales son en la fuerza y tamaño muscular. Su efecto es una alta producción de ácido láctico y, por ello, la rápida aparición de cansancio (Gobierno de Canarias, 2012), también se da un aumento en la masa ósea disminuyendo la pérdida natural de hueso que tiene lugar con la edad reduciendo así el riesgo de osteoporosis (OMS, 2010).
- **Actividad física de flexibilidad:** es aquella que genera movimientos de gran amplitud musculoesquelética y ligamentosa (Gobierno de Canarias, 2012). Esta disminuye con la edad y se ve mayormente cuando hay deformidades óseas, debilidad muscular, acortamiento de tendones o elasticidad tisular (SEGG, 2012). Se podrían desarrollar estiramientos dinámicos, como volteretas laterales, puentes, pinos, entre otras, o bien en forma de entrenamiento, donde podríamos realizar estiramientos dinámicos o estáticos (Gobierno de Canarias, 2012). El desarrollo de la flexibilidad mejora la realización de las actividades diarias, lo que a su vez ayuda a preservar la independencia y autonomía (SEGG, 2012). La actividad física ha dado lugar al ejercicio físico, que implica un mayor grado de complejidad y organización en comparación con la actividad física en sí. En la actualidad, existen diversas formas de expresión del ejercicio físico, como la danza, las

artes marciales, las actividades recreativas e incluso el deporte, este último con posibilidad de enfocarse en la salud (Luarte, 2016).

El ejercicio físico se define como cualquier actividad física planificada, organizada y repetitiva, cuyo objetivo es optimizar o mantener uno o más componentes de la aptitud física relacionados con la salud, tales como la flexibilidad, la resistencia muscular, resistencia cardiorrespiratoria y la fuerza muscular. Para diseñar un programa de ejercicio físico adecuado, es fundamental considerar el tipo de actividad, así como su intensidad, frecuencia y duración. Los ejercicios para PM deben enfocarse en el fortalecimiento muscular (ejercicios con resistencia), prevenir la pérdida de densidad ósea (ejercicios de carga), minimizar el riesgo de caídas (ejercicios propioceptivos) y mejorar la función cardiorrespiratoria (aeróbicos). Sin embargo, es necesario conocer antes de su realización la aptitud física de la persona mayor (Garatachea et al. 2004). De manera concreta, el ejercicio físico se le llama a cualquier actividad física que se realiza para la preparación y mejora del cuerpo para el desarrollo de una buena aptitud física, salud y bienestar (Durán & Leyva, 2014).

Asimismo, el deporte es todo ejercicio físico que se ejerce con espíritu competitivo que se rige por unas normas o reglamento, haciéndolo de manera sistemática (Gobierno de Canarias, 2012). Los objetivos del deporte son aplicables a cualquier edad, enfocándolos a los aspectos, ya sea educativo, higiénicos, de rendimiento o sociales. Las PM que practican alguna actividad física afirman la mayoría lo realiza como ocio y ocupación del tiempo libre, no para competir. Por lo tanto, el entrenamiento físico-deportivo de las PM debe ser integral, abarcando las capacidades físicas, lo cognitivo, imagen corporal, lo social, entre otras (Girón, 2010).

Según lo mencionado, se señala que la capacidad física es fundamental para implementar programas que respalden la prescripción de una actividad física adecuada, lo que implica realizar actividades físicas o deporte con un impacto significativo.

2.1.3 Dimensiones de la Aptitud Física

Corbin et al. (2014) mencionan que la aptitud física se compone de 11 dimensiones, seis de ellas están relacionadas a la salud y cinco con las habilidades o destrezas. Todas las dimensiones son importantes para tener un buen desempeño en las actividades físicas, incluidos los deportes. Los componentes de aptitud física relacionados con las habilidades ayudan a desempeñarse bien en los deportes y otras actividades que requieren habilidades motoras y también están relacionadas con la salud.

Dimensiones relacionadas con la salud:

- Resistencia cardiorrespiratoria siendo la capacidad de ejercitar todo el cuerpo durante mucho tiempo sin parar.
- Fuerza que es la cantidad de resistencia o fuerza que tienen los músculos al cargar algo o la fuerza que pueden producir.
- Resistencia muscular es la capacidad de los músculos para realizar numerosas repeticiones de movimientos sin fatigarse.
- Flexibilidad es la capacidad de utilizar las articulaciones de acuerdo con su amplitud sin lesionarse.
- Composición corporal hace referencia a la variedad de tejidos y órganos presentes en el cuerpo, que incluyen grasa, músculos y huesos. La evaluación de la composición corporal se realiza a través de medidas como peso, altura, pliegues cutáneos y circunferencias de la cintura, cadera, brazo, entre otras.

- El poder, que es una habilidad de emplear la fuerza rápidamente; implica la fuerza y la velocidad.

Dimensiones relacionadas con la habilidad:

- Equilibrio es la habilidad para mantener una posición erguida tanto en reposo como en movimiento.
- La coordinación se refiere a la capacidad de integrar los sentidos con las diferentes partes del cuerpo o de utilizar dos partes del cuerpo de manera conjunta.
- Velocidad es la capacidad de realizar un movimiento o recorrer una distancia en poco tiempo.
- Tiempo de reacción es la cantidad de tiempo que toma en moverse una vez que se reconoce la necesidad de actuar.
- Agilidad y equilibrio es la capacidad de cambiar de posición del cuerpo rápidamente y controlar los movimientos.

2.1.4 Medición de la Aptitud Física

La aptitud física debe considerarse una cualidad fundamental que describe la integración satisfactoria de los sistemas muscular, cardiovascular y nervioso, y podría evaluarse por los factores psicológicos y emocionales que modifican emociones y las acciones (Russell, 2012).

Darlin et al. (1948) mencionan que la única prueba definitiva de la aptitud parece ser la capacidad de realizar la tarea deseada sin fatiga o agotamiento indebidos y las cualidades que lo hacen posible son las de la personalidad.

Para realizar las evaluaciones funcionales de las PM, se requiere emplear pruebas ya establecidas, de fácil aplicación y debidamente validadas. Como se mencionó anteriormente,

es fundamental llevar a cabo una evaluación inicial como punto de partida para la prescripción personalizada de ejercicio físico y para determinar el nivel inicial de la persona evaluada en cuanto a su estado físico (Berguer & Fernández, 2008).

El Senior Fitness Test (SFT) es una herramienta desarrollada para evaluar la condición física funcional de personas mayores de entre 60 y 94 años (Rikli & Jones, 2001). Esta serie de pruebas está diseñada para medir diversos aspectos físicos relacionados con la movilidad funcional, abarcando desde individuos con baja condición física hasta aquellos con un nivel alto. Los elementos evaluados incluyen la composición corporal, la fuerza muscular, la resistencia aeróbica, la flexibilidad de las extremidades superiores e inferiores, el equilibrio dinámico y la agilidad (Castellanos-Ruiz, 2017).

La batería se basa en un marco de aptitud física funcional (Tabla 1), que señala que para poder llevar a cabo las actividades cotidianas. Una característica única del Senior Fitness Test es que mide parámetros fisiológicos utilizando tareas de movimiento funcional, como estar de pie, agacharse, levantarse y caminar.

Tabla 1.

Un marco de capacidad funcional que indica los parámetros fisiológicos asociados con funciones necesarias para las actividades básicas y avanzadas de la vida diaria

Parámetros Físicos	Funciones	Objetivos de la actividad
Fuerza/resistencia muscular	Caminando	Cuidado personal
Resistencia aeróbica	Subir escaleras	Comprar/recados
Flexibilidad	Levantarse de la silla	Tareas del hogar
Habilidad motora	Levantar/alcanzar	Jardinería
Fuerza	Agacharse/arrodillarse	Deportes
Velocidad/agilidad		
Balance		

Cuerpo Composición	Trotar/Correr	De viaje
Deterioro físico	Limitación funcional	Capacidad reducida/ Discapacidad

Elaboración propia a partir del marco de capacidad funcional de Castellanos-Ruiz (2017).

La evaluación de la fuerza muscular en las extremidades inferiores de PM es un componente crucial para comprender su capacidad funcional. En este ámbito, la prueba "Sentarse y Levantarse" de una silla (Beguer & Fernández, 2008) ha ganado amplia popularidad como herramienta de evaluación. A continuación, se presenta una descripción detallada de esta prueba, adaptada al español por la Universidad de Boyacá en Colombia a partir de la versión original en inglés del Senior Fitness Test (SFT).

- Propósito: Evaluar la fuerza de la parte inferior del cuerpo.
- Equipo necesario: Un cronómetro y una silla plegable con respaldo recto y una altura de asiento de 17 pulgadas (43.18 cm). La silla se coloca contra una pared para evitar que resbale.
- Procedimiento: El participante se posiciona en el centro de la silla manteniendo la espalda erguida, con los pies apoyados en el suelo y los brazos cruzados sobre el pecho a la altura de las muñecas. El participante debe levantarse por completo de la silla y luego volver a la posición inicial al momento en que se le diga "ya". Se alienta al participante a realizar el ejercicio correctamente tantas veces como sea posible en 30 segundos. Se realiza una demostración del ejercicio primero a un ritmo lento para mostrar la técnica adecuada, seguido de una demostración a un ritmo más rápido para enfatizar la importancia de hacerlo lo mejor posible dentro de los límites seguros. Antes de iniciar la prueba, el usuario realiza la actividad una o dos veces para familiarizarse con el movimiento.

- **Puntuación:** Se cuenta el número total de veces que el participante se levanta y se sienta en la silla correctamente durante 30 segundos. Si al finalizar el tiempo de 30 segundos el participante no ha completado el movimiento de sentarse y levantarse, pero ha realizado al menos la mitad del movimiento se considerará como una repetición completa.
- **Medidas de seguridad:** Asegure la silla colocándola contra la pared o solicitando a alguien que la sostenga firmemente. El evaluador debe estar atento a cualquier problema de equilibrio que pueda experimentar el participante. Si el participante manifiesta algún tipo de dolor, la prueba debe interrumpirse de inmediato. Es importante estar alerta a posibles problemas de equilibrio, ya que movimientos rápidos podrían aumentar la inestabilidad, especialmente para personas con dificultades sensoriales, como problemas de visión o del oído interno.

Esta prueba puede no ser adecuada para personas con trastornos de dolor crónico o para personas de gran estatura que hayan tenido una cirugía de reemplazo de rodilla o cadera. El uso de una silla con una altura de asiento de 17 pulgadas podría provocar un ángulo de más de 90 grados en las caderas y las rodillas, lo que podría causar una presión adicional. En estos casos, se deben realizar adaptaciones en la prueba para reducir el dolor o mejorar el ángulo, o bien, considerar la posibilidad de no utilizar la prueba en absoluto.

Adaptaciones para poblaciones especiales: Si los participantes tienen dificultades para realizar el ejercicio sin utilizar las manos, se les puede permitir apoyarse en sus piernas o en la silla, o utilizar un bastón o andador si es necesario. En caso de necesitar adaptaciones, es importante describirlas claramente en el formato de puntuación.

Aunque la calificación de la prueba registre un puntaje de cero, es relevante indicar un puntaje adaptado para facilitar la comparación con estándares normativos y permitir la evaluación del rendimiento personal en diferentes pruebas (Ochoa-González et al., 2014).

Numerosos estudios han llegado a la conclusión de que el desempeño en la prueba “sentarse y levantarse” se correlaciona con mediciones de fuerza en las extremidades y con otros indicadores como la velocidad al caminar, la capacidad para subir escaleras y el equilibrio. Además, se ha observado que esta prueba es útil para identificar los declives normales relacionados con la edad, discriminar entre PM que padecen el síndrome de caídas y aquellos que no lo padecen, detectar las manifestaciones de los programas o planes de ejercicio físico para PM, y algunos estudios indican que los resultados de la prueba están relacionados con el riesgo de sufrir caídas (Beguer & Fernández, 2008).

De igual modo, se analizará la fuerza muscular en los extremos superiores, en la que se proponen flexiones completas de brazos, con un peso específico: cuatro o cinco libras para mujeres y ocho libras para hombres. Se registra el número de repeticiones durante un lapso de 30 segundos (Rikli & Jones, 2001). Otra forma de medir la fuerza es con la presión manual por medio de un dinamómetro, pero para algunas PM presentan artritis en las manos, por lo que esta opción resulta molesta y desagradable de realizar (Beguer & Fernández, 2008).

Del mismo modo, una forma de evaluar la resistencia aeróbica es a través del "step test" propuesto por Rikli y Jones (2001), que consiste en realizar elevaciones repetitivas de las rodillas durante dos minutos, manteniendo una postura correcta y un ritmo constante contando el número de repeticiones.

De forma complementaria, se puede realizar una prueba de flexibilidad para el tren inferior conocida como "alcanzar los dedos del pie". En esta prueba, el sujeto se sienta en el borde de la silla y extiende una pierna, intentando tocar los dedos del pie con las manos. Para determinar la flexibilidad de la cadera, se mide la distancia que hay entre la punta de los dedos de la mano extendida y el pie, al intentar tocar el pie con la mano. Esta medida, que

puede ser positiva o negativa, indica el grado de flexión que la persona puede alcanzar en la cadera.

Para determinar el equilibrio y la agilidad, la prueba se centra en llevar a cabo en el menor tiempo posible un recorrido de ida y vuelta, comenzando y terminando desde una posición de sentado en una silla. Rikli y Jones (2001) plantean una distancia de 8 pies (2.44 m) para las PM.

Otra batería de evaluación es la Evaluación de la Condición Física en Ancianos (ECFA) se presenta como una herramienta completa y eficaz para evaluar la condición física saludable en PM. Esta batería de pruebas, compuesta por ocho ítems, proporciona una valoración integral del individuo, abarcando aspectos como capacidades físicas y habilidades motrices, considerados esenciales para determinar el estado de condición física saludable. La ECFA proporciona una evaluación exhaustiva de las capacidades físicas de una persona. Al evaluar no solo la fuerza muscular, sino también otros componentes como la flexibilidad, fuerza, coordinación, equilibrio y la resistencia, esta prueba permite identificar fortalezas y debilidades, y diseñar programas de entrenamiento personalizados. Esta batería ha sido validada para PM, independientemente de su género, con edades entre los 65 y los 80 años. En comparación con la batería de SFT, este instrumento evalúa la fuerza de resistencia abdominal y la coordinación óculo-manual; sin embargo, no valora la flexibilidad en tren superior y las pruebas son distintas para evaluar las otras dimensiones (Camiña et al., 2000). La organización de la batería es simple y los materiales requeridos para su realización son fácilmente accesibles; sin embargo, la aplicación de la prueba ECFA puede presentar algunas discrepancias y conllevar un cierto riesgo durante su ejecución (Crespo et al., 2009).

La Batería de Evaluación de la Capacidad Funcional en Ancianos (VACAFUN) se presenta como una herramienta integral y eficaz para evaluar la capacidad funcional, el estilo

de vida y el bienestar subjetivo en PM. Esta batería, desarrollada por la Universidad de León en España, abarca diversos aspectos esenciales para el funcionamiento físico en la tercera edad, incluyendo: la composición corporal, la fuerza máxima, el equilibrio dinámico, la flexibilidad y la resistencia aeróbica (González-Gallego, 2006). Su aplicación se dirige a individuos independientes entre los 54 y 98 años que presenten una buena condición física. La facilidad de uso, el análisis sencillo, el software de apoyo y la confiabilidad de la VACAFUN la convierten en un recurso útil para profesionales de diversos ámbitos que buscan evaluar la capacidad funcional, monitorear el progreso de intervenciones, establecer programas de entrenamiento personalizados, identificar personas con riesgo de caídas o enfermedades crónicas, e investigar los efectos de intervenciones o programas de ejercicio físico (Arbolera, 2012).

2.1.5 Relación entre la Aptitud Física y Calidad de Vida

Álvarez (como se citó en Bayarre, 2009) menciona que estudiar la CdV en la vejez implica examinar a las PM no solo desde una perspectiva de envejecimiento cronológico, sino también considerando su envejecimiento funcional. La relevancia de este enfoque radica en la necesidad de abordar el deterioro de las capacidades físicas, mentales y sociales que experimentan las PM, lo cual impacta negativamente en su desempeño en las actividades de la vida diaria. También hay mayores riesgos de morbilidad y tasas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Thompson et al., 2012), por lo que es necesario una mayor atención de salud que impacte de manera directa la CdV. Es crucial participar en actividades físicas para mejorar la aptitud física y promover una buena salud (Castañeda-Lechuga et al., 2020). Un estudio que implementó un programa de acondicionamiento físico para PM demostró mejoras positivas en aspectos psicológicos, los

cuales son significativos para alcanzar una buena salud y CdV, como se observó en la investigación de Villarreal-Angeles et al. (2021).

Otra investigación comparativa que evaluó la capacidad física y la CdV en un grupo de PM institucionalizadas se dividió en dos grupos: los que practican ejercicio y los que no practican ejercicio. Se encontraron resultados significativos entre los dos grupos, observándose que las PM que realizan ejercicio presentan mayor flexibilidad y fuerza en la parte superior del cuerpo, así como una mejor resistencia aeróbica. Como resultado, estas personas muestran una mayor aptitud física y CdV. Esto sugiere que ciertos aspectos de la aptitud física son fundamentales para mejorar la CdV (Sławińska et al., 2013; Thakur & Dhasal, 2019). En un estudio similar, se evaluaron estas variables en un centro de salud y en una residencia para PM, dividiéndolas también en dos grupos. Los resultados fueron muy destacados, dado que las PM que practican ejercicio demostraron mayor fuerza en la parte superior del cuerpo, mejor flexibilidad en la parte inferior y una mayor resistencia cardiorrespiratoria, indicando una mejor aptitud física y CdV en comparación con aquellas que no realizan ejercicio (Sarode et al., 2019).

Un estudio realizado en Polonia con hombres y mujeres de 50 a 84 años exploró la relación entre la aptitud física y la capacidad de desempeño de la CdV. Los resultados revelaron que la fuerza en las extremidades superiores y la flexibilidad tanto en la parte superior como en la inferior del cuerpo fueron los componentes de la aptitud física más estrechamente relacionados con la CdV en las mujeres, mientras que en los hombres solo se observó una influencia significativa de la flexibilidad en las extremidades superiores (Lepsy et al., 2021; Sławińska et al., 2013). Estos hallazgos sugieren que la condición física desempeña un papel más destacado en la mejora de la autopercepción de la CdV en las

mujeres en comparación con los hombres. Es importante señalar que, en el grupo de edad de 80 a 93 años, los participantes en general informaron niveles excelentes de CdV. No obstante, se encontraron diferencias de género significativas, con los hombres en este rango etario reportando niveles de CdV superiores a los de las mujeres. Esta diferencia se vinculó a una mejor condición física y un mayor grado de independencia en las actividades diarias entre los hombres.

En general, la evidencia indica una fuerte asociación entre la CdV y la capacidad física del individuo, particularmente en aspectos como la movilidad, la fuerza en las extremidades superiores e inferiores, el equilibrio, la coordinación y la velocidad (Lepsy et al., 2021).

Una investigación realizada en Japón con personas de entre 80 y 85 años encontró correlaciones significativas entre la capacidad de desempeño de la CdV y las mediciones de aptitud física. Este estudio sugiere que incluso en edades avanzadas, las mejoras en la aptitud física pueden tener un impacto positivo en la CdV. Se observó que la fuerza de extensión de piernas y la velocidad al caminar estaban particularmente asociadas con una mejor CdV (Takata et al., 2010).

2.2 Bienestar Psicológico

2.2.1 Definición

La historia del estudio del bienestar psicológico se retoma a los filósofos griegos y en el siglo pasado se retomó especial importancia en la salud mental (Ryff, 2014). Este término ha producido un gran debate en los últimos años debido a que su definición está fundamentada en dos antiguas orientaciones filosóficas (Cuadra-Peralta, 2016), y se

relaciona con muchas categorías, tales como condiciones de vida, estilo de vida, modo de vida y CdV (García-Viniegras, 2010).

La primera perspectiva se relaciona con el bienestar hedónico o la felicidad, denominado bienestar subjetivo, que abarca dos componentes: el balance afectivo, que comprende la experiencia subjetiva de emociones positivas y negativas en un periodo determinado, y la satisfacción vital percibida, refleja una evaluación global y duradera de la vida. Se trata de un juicio cognitivo que va más allá de las emociones momentáneas y representa una valoración más profunda de la CdV y el sentido de realización personal (Ryan & Deci, 2001).

La segunda perspectiva está relacionada con el desarrollo del bienestar eudaimónico o del potencial humano. Se enfoca en actividades que se alinean con valores profundos y que requieren un compromiso total, lo que permite a las personas sentirse plenas y auténticas (Waterman, 1993). De esta manera, el bienestar eudaimónico se enfoca en alcanzar metas a largo plazo, realizar el propio potencial y experimentar un sentido de desarrollo personal (Ryan & Deci, 2001). Sin embargo, el bienestar eudaimónico en ocasiones puede implicar esfuerzos y sacrificios que pueden dañar los sentimientos presentes de placer (es decir, el bienestar hedónico) y que además el bienestar eudaimónico al contrario que el hedónico, disminuye con la edad (Ryff, 1995). El bienestar no se reduce a la felicidad pasajera, sino que engloba una experiencia más profunda y compleja que abarca vitalidad, flexibilidad psicológica y un profundo sentido de satisfacción personal (Deci & Ryan, 2000). El bienestar psicológico, entendido como un constructo biopsicosocial, refleja tanto las emociones positivas como los pensamientos constructivos que el individuo tiene sobre sí mismo (Romero et al., 2010). En esta línea, Ryff (1995) define el bienestar psicológico como el

proceso de desarrollo del potencial humano, centrado en el esfuerzo por alcanzar la autorrealización y desplegar dicho potencial, lo que implica tener un propósito de vida que otorgue significado (Ryff & Keyes, 1995).

2.2.2 Teorías y Modelos con Relación al Bienestar Psicológico

La CdV de las PM ha adquirido un papel central en el ámbito del bienestar psicológico. En este contexto, el bienestar psicológico de los mayores ha sido importante en la investigación, impulsando la necesidad de comprender los factores que predicen su bienestar y satisfacción durante esta etapa de la vida. En este contexto, se han propuesto diversas teorías y modelos para explicar los factores que determinan el bienestar psicológico en la vejez. Entre ellos, sobresale la Teoría de la Selectividad Socioemocional, que sugiere que la percepción del tiempo disponible afecta la selección de metas emocionales que resultan satisfactorias a medida que envejecemos.

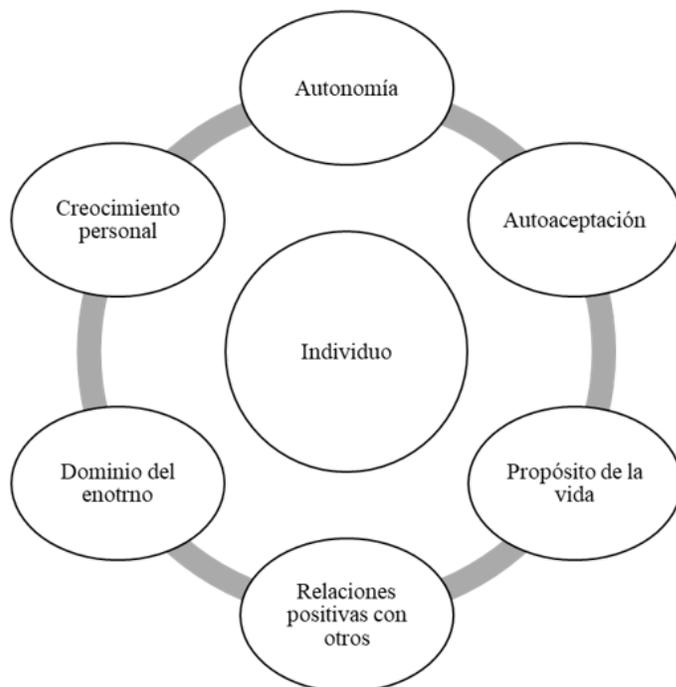
En este enfoque, se pone énfasis en la búsqueda de contactos sociales significativos y experiencias emocionales gratificantes (Carstensen et al., 1999). Además, se tiene el Modelo PERMA, desarrollado por Seligman (2011, 2018), este modelo multidimensional identifica cinco elementos clave para el bienestar humano: emociones positivas, compromiso, relaciones, significado y logro. Cada elemento contribuye a una vida plena y satisfactoria. Además, el Modelo del Bienestar Psicológico de Ryff ofrece una estructura multidimensional para la evaluación del bienestar psicológico en PM. En este estudio, dicho modelo se emplea para analizar y comprender los factores predictores de la CdV vida en esta población, como se detallará más adelante.

Modelo del Bienestar Psicológico de Ryff

El modelo multidimensional tiene el propósito de generar un enfoque empírico basado en la teoría de lo que significa ser mentalmente saludable (Ryff, 1989), basándose en seis dimensiones por las cuales se puede evaluar el continuo positivo-negativo del bienestar psicológico de una persona (Ryff & Singer, 2006). El modelo de Ryff (1989) ofrece una perspectiva integral del bienestar psicológico al incluir seis dimensiones clave del desarrollo humano: autonomía, aceptación personal, relaciones positivas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Este modelo sirve como una herramienta valiosa para entender la compleja naturaleza del bienestar y su relación con el desarrollo humano (Figura 2 y Tabla 2).

Figura 2.

Dimensiones de bienestar psicológico



Elaboración por Ryff (1989).

Tabla 2.*Parámetros de las dimensiones*

Dimensión		Nivel óptimo	Nivel deficitario
Bienestar Hedónico	Dominio del entorno	Implica tomar el control de tu vida y gestionar de manera efectiva el mundo que te rodea. Las personas con un alto dominio del entorno son capaces de manejar actividades, aprovechar oportunidades y crear contextos que favorezcan su bienestar.	Experimenta problemas al enfrentarse a las tareas diarias y siente que no puede influir en mejorar su entorno. Además, no reconoce las posibilidades que tiene a su alrededor y carece de sensación de dominio sobre su entorno externo.
	Autonomía	Es autosuficiente y tiene una fuerte capacidad para resistir la influencia de las normas sociales en sus pensamientos y acciones. Se guía internamente en la regulación de su comportamiento y se juzga a sí mismo según sus propios criterios personales.	Manifiesta preocupación por las opiniones y valoraciones de los demás, dependiendo de los juicios externos para decisiones significativas y adaptándose a las presiones sociales en sus pensamientos y acciones.
	Autoaceptación	Presenta una perspectiva favorable hacia su propio ser, reconociendo y aceptando una variedad de aspectos de sí mismo, tanto positivos como negativos, y experimenta optimismo respecto a su experiencia pasada.	Experimenta descontento consigo mismo y se muestra desilusionado con su trayectoria pasada. Está inquieto por ciertas características personales y anhela ser distinto de lo que es actualmente.
	Relaciones positivas con los demás	Desarrolla relaciones cercanas, gratificantes y basadas en la confianza con los demás, demostrando interés en su bienestar. Posee la habilidad de experimentar una profunda empatía, cariño e intimidad, y comprende la	Mantiene un círculo social reducido y limitado a relaciones íntimas y de confianza, experimentando dificultades para expresar calidez, apertura y preocupación por los demás. Se encuentra aislado y

		reciprocidad en las relaciones humanas.	experimenta frustración en sus interacciones interpersonales, mostrándose renuente a comprometerse para mantener vínculos significativos con otras personas.
Bienestar Eudaimónico	Crecimiento personal	Experimenta una sensación de evolución constante, percibiéndose a sí mismo en un proceso de crecimiento y ampliación. Se muestra receptivo a nuevas vivencias y tiene la convicción de alcanzar su máximo potencial. Reconoce mejoras tanto en su persona como en su conducta con el paso del tiempo, evidenciando cambios que reflejan un mayor autoconocimiento y eficacia.	Experimenta un estancamiento en su desarrollo personal, percibiendo una falta de progreso o crecimiento con el paso del tiempo. Se caracteriza por una sensación de aburrimiento y desinterés en la vida, acompañada de una incapacidad para adoptar nuevas actitudes o comportamientos.
	Propósito de vida	Posee metas y una sensación de orientación en su vida; percibe significado tanto en su presente como en su pasado; sus creencias proporcionan un propósito para su existencia; establece metas y objetivos para su vivir.	Experimenta una falta de sentido en su vida; carece de metas u objetivos definidos y no tiene una clara orientación; no encuentra propósito en sus experiencias pasadas; carece de perspectivas o creencias que le den sentido a su existencia.

Elaboración propia desde el bienestar psicológico de Ryff (1989).

2.2.3 Medición del Bienestar Psicológico

La medición del bienestar psicológico es crucial, pues nos permite evaluar la salud mental positiva y, en consecuencia, identificar y prevenir riesgos asociados a la salud física, mental, emocional y social (Ryff, 1995).

La escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) es una herramienta valiosa para evaluar de manera integral el bienestar psicológico, dado que cubre seis dimensiones esenciales: la autonomía, el dominio del entorno, la autoaceptación, el crecimiento personal, el propósito en la vida y las relaciones positivas con otros. Su uso en investigaciones en el ámbito de la salud y las ciencias sociales la hace un instrumento útil para comprender el bienestar psicológico en toda su complejidad. En un estudio realizado por Clarke et al. (2001), se utilizaron tres ítems de cada una de las seis dimensiones para explorar patrones amplios y descriptivos de bienestar en PM canadienses.

Otra herramienta útil es la Escala de Bienestar Psicológico (EBP), que recoge datos subjetivos sobre el grado de satisfacción en diferentes aspectos de la vida. Esta escala consta de 65 preguntas con respuestas que van del 1 al 5, distribuidas en cuatro subescalas que examinan: el bienestar psicológico subjetivo, el bienestar laboral, el bienestar material y las relaciones de pareja. Diseñada para autoadministrarse, puede utilizarse por individuos de entre 17 y 90 años, individual y en grupos. Las subescalas pueden aplicarse separadamente (salvo las dos primeras, que se aplicarán siempre juntas) o conjuntamente. El bienestar psicológico mide el grado de felicidad general de una persona, así como su nivel de satisfacción respecto a sus ingresos económicos, posesiones materiales, empleo y relación de pareja. Estos aspectos se encuentran estrechamente ligados al bienestar psicológico global de un individuo (Sánchez-Canovas, 2021). Méndez-Chávez (2023) empleó esta escala en PM para comparar el nivel de bienestar psicológico en PM y no jubilados. Otra investigación emplea este medio para evidenciar el nivel de bienestar propio que reconoce un grupo de PM que se hallan institucionalizados (Hernández, 2018).

Otro método para evaluar el bienestar psicológico es la Escala de tres rutas de acceso al bienestar (ERBIEN). Este instrumento se basa en el modelo de los tres pilares propuesto

por Peterson et al. (2005), que considera las emociones positivas (vida placentera), la realización de actividades utilizando fortalezas personales para lograr una vida comprometida, y la aplicación de estas fortalezas. La ERBIEN consta de 23 afirmaciones que evalúan cada una de estas tres dimensiones del bienestar psicológico. Los participantes responden a estas afirmaciones utilizando una escala Likert de cinco puntos, donde "5" significa "siempre" y "1" significa "nunca". A diferencia de otros instrumentos, la ERBIEN no emplea ítems inversos, lo que implica que una puntuación más alta refleja un mayor nivel de bienestar en cada dimensión (Castro Solano, 2011).

Un estudio comparó los niveles de bienestar (psicológico, emocional y social), el estado de salud mental (floreciente, moderado y languideciente) y las rutas de acceso a este (vida placentera, vida comprometida y vida con significado) entre individuos de las categorías "viejos-jóvenes" y "viejos-viejos" en Buenos Aires (Horacio & Fernández, 2021). En otra investigación, se utilizó una metodología específica para identificar las áreas de acceso al bienestar que diferencian a los jóvenes y PM en la ciudad de Buenos Aires (Cuello, 2018).

Además, la Escala de Fortalezas del Carácter (Strengths Signatures) es un formulario de autorreporte que consta de 240 preguntas diseñadas para medir 24 fortalezas agrupadas en seis categorías: sabiduría, coraje, humanidad, justicia, moderación y trascendencia (Peterson & Seligman, 2004). El instrumento consiste en formular interrogantes que permitan a los individuos responder a la frecuencia e intensidad de comportamientos y actitudes asociados con cada fortaleza. Es importante destacar que la escala se usa para destacar y fomentar el aspecto positivo de la personalidad, enfocándose en las fortalezas y no en las debilidades, lo que mejora y promueve el bienestar psicológico (Cosentino & Castro, 2015). Un estudio empleó esta escala con el propósito de examinar las características fundamentales de los

individuos mayores, y diseñar un plan de intervención con el fin de optimizar su salud y CdV (Góngora, 2020).

La Escala de Bienestar Subjetivo EBS-20, desarrollada en México, es una herramienta valiosa para evaluar dos aspectos clave del bienestar subjetivo: la satisfacción con la vida y el afecto positivo. Su flexibilidad permite su uso tanto a nivel individual como grupal en solo 15 minutos, y puede aplicarse de manera presencial o virtual en distintos entornos, como el educativo, social, organizacional y clínico.

La medición y la interpretación de la EBS-20 se basan en una escala tipo Likert de 6 puntos que va desde "en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo", mientras que el afecto positivo se evalúa en una escala de 5 puntos que va desde "nunca" hasta "siempre", asignando un valor numérico a cada respuesta (Calleja & Manson, 2020).

Además, se ha desarrollado una versión breve de la escala, llamada EBS-8, compuesta por ocho reactivos cuidadosamente seleccionados según su correlación con la escala total. Esta versión abreviada ha sido aplicada en una población con edades entre 12 y 81 años, obteniendo excelentes índices psicométricos tanto en adolescentes como en jóvenes, adultos y PM mexicanas (Calleja, 2022).

2.2.4 Relación del Bienestar Psicológico y la Calidad de Vida

El bienestar psicológico (BP) es un elemento esencial en la CdV (Watanabe, 2014) y por ende a un envejecimiento satisfactorio, debido a que hace referencia al proceso de adaptación que la persona experimenta ante los sucesos propios de la vejez, especialmente en el logro y búsqueda de metas, la construcción personal y el desarrollo de capacidades (García & Arteaga, 2018). Se debe considerar que la vida social, el funcionamiento humano y el bienestar están en continuo proceso de ajuste, mediado por los mecanismos mentales o recursos internos del individuo (capacidades) y el medioambiente, que son guiados por una

retroalimentación emocional, que puede hacer referencia a la CdV (Watanabe, 2014). También es importante señalar que el bienestar psicológico, la CdV y la satisfacción con la vida están determinadas por diferentes factores y patrones del envejecimiento, por lo que hay que tener en cuenta dimensiones de carácter psicológico, biológico, social, entre otros (Fernández-Ballesteros, 2001).

Un estudio reciente exploró la relación entre la CdV, el estatus socioeconómico, el bienestar psicológico y la depresión en PM que residen en un entorno urbano. Los resultados revelaron que las mujeres presentan una CdV significativamente superior a la de los hombres.

Al examinar la relación entre la CdV y el bienestar psicológico, se evidenció que las áreas de crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación dentro del bienestar psicológico son fundamentales para mantener una buena CdV (Nibedita et al., 2018). En otra investigación, se estudió cómo la incontinencia urinaria afecta el bienestar psicológico y la CdV en las PM, descubriendo que la presencia de esta condición impacta negativamente el bienestar psicológico, lo cual conlleva una reducción en la CdV (Rehab et al., 2021).

En otra investigación, se analizó la relación entre los factores internos del bienestar psicológico y la CdV en PM. Se observó una correlación positiva entre estos dos aspectos, y se destacó que las mujeres tienden a tener un mayor sentido de propósito de vida, una dimensión clave del bienestar psicológico, en comparación con los hombres. Sin embargo, un estudio diferente reveló que los residentes de áreas rurales con bajos ingresos muestran niveles significativamente más bajos tanto de bienestar psicológico como de CdV (Makwana & H, 2023).

En un estudio mixto, la mayoría de las PM indicaron que el derecho a la privacidad era un elemento esencial para su CdV y su bienestar psicológico. También se demostró que

una mejor CdV se puede alcanzar mediante el control personal, la autonomía, la independencia, así como la decisión de poner fin a su vida (Fry, 2000). Asimismo, indican los dominios de CdV impactan en el bienestar psicológico, específicamente en la red de apoyo, la sensación de control y en el trabajo; este último es un hallazgo que no se esperaba debido a que aún influye el deseo de trabajar en las PM (Cantarero & Potter, 2014).

En otra investigación, se evaluó el impacto del funcionamiento físico, el bienestar psicológico y la autoeficacia en la CdV autopercibida en una muestra de pacientes con laringectomía. Los participantes del estudio tenían entre 46 y 88 años, lo que evidenció que las variables psicológicas eran fundamentales para definir cada uno de los aspectos de la CdV. La depresión resultó ser el factor más significativo que afectaba la CdV en las relaciones sociales (Perry et al., 2015).

2.3 Inteligencia Emocional

2.3.1 Definiciones

La inteligencia emocional se ha estudiado en profundidad desde hace más de dos siglos por filósofos y psicólogos. Es Aristóteles quien tiene un acercamiento al constructo de inteligencia emocional, él lo llamaba “razón” y lo definía como la capacitada de los seres humanos para gestionar sus pasiones o reprimir los impulsos e instintos. En el siglo XIX este constructo, fue asociado con la idea de adaptabilidad en donde se observaba que había personas más eficientes que otras (Goleman, 2022). Subsiguientemente, Salovey y Mayer (1990) acuñaron el término Inteligencia Emocional, definiéndola como la capacidad para reconocer, entender y gestionar tanto las emociones propias como las de los demás, utilizando esta habilidad para orientar el pensamiento y el comportamiento de manera efectiva. Posteriormente, Mayer et al. (2004) continúan investigando y proponiendo que la inteligencia

emocional se describe como una habilidad similar a la cognitiva, dado que el individuo puede o no mostrarla y dependerá de factores como la motivación y el ambiente del individuo. Asimismo, se destaca que la inteligencia emocional se conceptualiza como una habilidad que surge de la interacción entre el pensamiento y las emociones de una persona (Grewal & Salovey, 2005).

Basándose en estos antecedentes, Schutte et al. (1998) ofrecen una valiosa contribución al estudio de la inteligencia emocional. Su enfoque se centra en dos aspectos principales: la definición del funcionamiento emocional adaptativo y el análisis del impacto de la inteligencia emocional en los resultados de la vida. Al enfocarse en estas áreas, Schutte et al. proporcionan un marco para comprender cómo las personas gestionan sus emociones de manera efectiva y cómo esta capacidad influye en diversos aspectos de su vida. Algunos teóricos han postulado que la inteligencia emocional también puede definirse y medirse como una característica de la personalidad, denominada el rasgo más cercano a la conceptualización de la inteligencia emocional (Bar-On, 2006; Goleman, 1995; Petrides & Furnham, 2001).

2.3.2 Modelos con Relación a la Inteligencia Emocional

La inteligencia emocional desempeña un papel fundamental en la vejez, ejerciendo una influencia significativa en la CdV y el bienestar general de las PM. En este contexto, tres modelos teóricos se erigen como referentes importantes para comprender la relación entre la IE y el envejecimiento exitoso: el Modelo de Bar-On, el Modelo de Cuatro Ramas de la Inteligencia Emocional y el Modelo de Goleman. Cada modelo aporta una perspectiva única sobre las competencias emocionales relevantes para un envejecimiento satisfactorio.

El Modelo de Inteligencia Emocional propuesto por Bar-On (2000) subraya el papel crucial de la inteligencia emocional y social para el bienestar emocional en la vejez. Según este modelo, cinco competencias principales son fundamentales: intrapersonal, manejo del estrés, adaptabilidad, estado de ánimo general e interpersonal. Estas habilidades son esenciales para enfrentar los desafíos de la vejez y lograr una vida satisfactoria.

El Modelo de Cuatro Ramas de la Inteligencia Emocional, propuesto por Fernández-Berrocal y Extremera (2002), señala cuatro competencias fundamentales: comprensión y regulación emocional, percepción y expresión emocional, facilitación y uso emocionales. Este modelo enfatiza la interconexión entre estas habilidades para una regulación emocional efectiva.

El Modelo de Inteligencia Emocional de Goleman, seleccionado para este estudio y descrito a continuación, proporciona un marco integral para comprender la relevancia de la inteligencia emocional en la CdV de las PM. Estos tres modelos proporcionan una visión amplia y detallada sobre cómo la inteligencia emocional influye en la CdV de las PM y pueden ser considerados como predictores significativos en investigaciones futuras sobre el envejecimiento y el bienestar

Modelo de Inteligencia Emocional de Goleman

De acuerdo con Goleman (1999), la inteligencia emocional se refiere a destrezas que nos permiten reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás a través de la empatía, así como motivarnos y gestionar las emociones de manera adecuada en nuestras relaciones personales y sociales.

Goleman argumenta que el Cociente Emocional (CE) y el Cociente Intelectual (CI) no son conceptos opuestos, sino más bien complementarios. Esta complementariedad se

manifiesta en las interacciones humanas. Según Goleman (1995), los elementos que constituyen la inteligencia emocional son:

- Autoconciencia (Self-awareness): La capacidad de reconocer nuestros propios estados internos, recursos y percepciones, lo cual implica ser consciente de uno mismo y comprender la propia existencia, especialmente en términos emocionales, lo cual es esencial para el autogobierno.
- Autogestión (Self-management): Implica controlar nuestros propios estados, impulsos y recursos internos, lo que significa tener la habilidad de regular los sentimientos y estados de ánimo, evitar la ansiedad y mantener la calma frente al miedo y las situaciones de riesgo, así como recuperarse rápidamente de las emociones negativas.
- Motivación (Motivation): Se refiere a los hábitos emocionales que impulsan el éxito en la consecución de metas, como la dedicación, la perseverancia y la capacidad de resistir ante la frustración.
- Empatía (Social-awareness): Es la habilidad de comprender los sentimientos, necesidades y preocupaciones de otras personas, lo que incluye reconocer sus emociones y compartir sus experiencias emocionales.
- Habilidades sociales (Relationship management): Se refiere a la habilidad para influir en las respuestas de los demás de manera positiva, aunque no implica controlar a los demás. Se trata de comprender a los demás, cooperar, ayudar y formar parte de un grupo, en lugar de ser un mero observador pasivo.

Goleman otorgó una significativa relevancia a la conciencia emocional, puesto que constituye una habilidad personal que determina el modo en que el individuo interactúa con su propio ser, y a su vez está influida por el factor social. Todas las experiencias personales

vivenciadas, observadas o imaginadas serán integrantes del conocimiento previo del individuo, y, a su vez, serán enriquecidas con su memoria personal e influirán en sus emociones.

En el ámbito de la competencia personal, Goleman (1999) distingue dos procedimientos: uno, que se refiere al reconocimiento de los estímulos del entorno y las manifestaciones que se producen en el individuo, con el fin de adquirir una atención profunda e introspección para poder verificar; y otro, que se refiere a la racionalización de estas manifestaciones emocionales, comprendiéndolas, y que implica diferenciar pensamientos, acciones y emociones.

Goleman es uno de los autores que más han estudiado la inteligencia emocional, y ha tratado de cómo esta capacidad puede desarrollarse y evolucionar durante toda la vida, incluyendo la vejez. Este modelo resalta la relevancia de las aptitudes emocionales en el logro de objetivos personales y profesionales, señalando que la inteligencia emocional es tan fundamental como la inteligencia cognitiva en la vida cotidiana y en el logro de objetivos.

2.3.3 Medición de la Inteligencia Emocional

La investigación sobre la inteligencia emocional en el contexto del envejecimiento ha ganado relevancia en los últimos años, impulsando el desarrollo de métodos de evaluación más robustos y confiables. En este sentido, el empleo de las dimensiones de la inteligencia emocional ha emergido como una herramienta valiosa, ofreciendo mayor solidez en la validez de constructo (Extremera & Fernández, 2010).

Diversos estudios avalan la importancia de evaluar la inteligencia emocional como un predictor de una mejor adaptación personal y social durante el proceso de envejecimiento (Delhom et al., 2020). Se ha demostrado que la inteligencia emocional se asocia con

resultados cognitivos y conductuales positivos en todas las etapas de la vida, generando un impacto significativo en el bienestar general de las PM.

La investigación ha encontrado una correlación positiva entre la inteligencia emocional y diversas facetas de la CdV y la salud (Luque-Reca et al., 2018). Esto sugiere que la evaluación de la inteligencia emocional a través de sus dimensiones puede ser un recurso valioso para comprender y predecir el envejecimiento exitoso, permitiendo identificar áreas de intervención y desarrollar estrategias para promover el bienestar en las PM.

En línea con lo mencionado, se ha observado una correlación positiva entre la inteligencia emocional y varias dimensiones de la CdV y la salud (Luque-Reca et al., 2018). Esto indica que evaluar las dimensiones de la inteligencia emocional puede ser un instrumento valioso para medir el bienestar en las PM. La inteligencia emocional a menudo se evalúa mediante medidas de autoinforme que reflejan cómo las personas perciben su capacidad emocional, conocida como Inteligencia Emocional Percibida (PEI), relacionada con los síntomas físicos y psicológicos, pero con esta evaluación una limitación es la obtención de los conocimientos sobre los mecanismos psicofisiológicos de estas asociaciones (Salovey et al., 2002).

Uno de los instrumentos más frecuentes para evaluar la inteligencia emocional es la Escala de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT). Esta escala, que consta de 141 ítems, está diseñada para medir habilidades emocionales, como la percepción, comprensión, regulación y utilización efectiva de las emociones (Mayer et al., 2002). A diferencia de las evaluaciones basadas en la percepción subjetiva, el MSCEIT es una prueba de habilidades que requiere respuestas que demuestren la capacidad real para manejar situaciones emocionales.

La evaluación precisa y confiable de la inteligencia emocional (IE) es fundamental para comprender su papel en diversos ámbitos, incluyendo el envejecimiento. En este ámbito, dos instrumentos se destacan por su rigor científico y la cobertura amplia de las dimensiones de la IE: la Escala Multifactorial de Inteligencia Emocional de Mayer, Salovey y Caruso (MSCEIT) y la Escala de Inteligencia Emocional de Bar-On (EQ-i).

La MSCEIT constituye una herramienta robusta para evaluar la inteligencia emocional en adultos, proporcionando resultados válidos y confiables en las cuatro áreas principales del modelo de Mayer y Salovey: percepción emocional, uso de emociones para facilitar el pensamiento, comprensión y gestión emocionales (Mayer et al., 2003). Compuesta por 141 ítems distribuidos en las cuatro áreas mencionadas, la MSCEIT ofrece una puntuación general de inteligencia emocional, así como puntuaciones específicas para cada dimensión. Su aplicación abarca contextos clínicos, de investigación y organizacionales, con el objetivo de evaluar y mejorar las habilidades emocionales de los individuos (Fernández-Berrocal, & Extremera-Pacheco, 2005).

Por otro lado, la Escala de Inteligencia Emocional de Bar-On (EQ-i) mide la inteligencia emocional y aspectos socioemocionales importantes, incluyendo la competencia intrapersonal, la adaptabilidad, el manejo del estrés, el estado de ánimo y la competencia interpersonal. Cada uno de estos aspectos se desglosa en subcomponentes para evaluar el perfil emocional del individuo. Esta escala está diseñada para adultos de entre 15 y 55 años y consta de 133 ítems con formato Likert, además de disponer de versiones adaptadas para niños y adolescentes (Bar-On, 2006).

En resumen, tanto la MSCEIT como la EQ-i representan instrumentos valiosos para la evaluación de la IE en el contexto del envejecimiento. Su rigurosidad metodológica y amplia

cobertura de las dimensiones emocionales las convierten en herramientas útiles para la investigación, la práctica clínica y la intervención en diversos ámbitos.

Además, se puede usar el instrumento Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law (WLEIS), aunque fue elaborado en Hong Kong-China, puede ser utilizado en contexto latinoamericano. La escala está destinada a mayores de 18 años, la administración puede ser individual y colectiva. Se trata de una escala de autoinforme compuesta por 4 factores y 16 ítems, 4 ítems por cada factor. Utiliza una escala de respuesta de 7 puntos, que varía desde "en desacuerdo total" hasta "totalmente de acuerdo". Los cuatro factores evaluados son: la valoración y expresión de las emociones propias, la valoración y reconocimiento de las emociones en los demás, la regulación emocional y el uso de las emociones para mejorar el rendimiento (Extremera, 2019).

En el presente estudio se empleó la Escala de Rasgos de Metaconocimiento Emocional TMMS-24 (Fernández et al., 2004), una versión abreviada del TMMS-48, para evaluar el metaconocimiento emocional de los participantes. Esta escala se enfoca en la capacidad para reconocer y regular las emociones propias. La TMMS-24 consta de 24 ítems distribuidos en tres dimensiones clave del metaconocimiento emocional:

- Atención emocional (8 ítems)
- Claridad emocional (8 ítems)
- Reparación emocional (8 ítems)

2.3.4 Relación de la Inteligencia Emocional y la Calidad de Vida

La inteligencia emocional, como se ha mencionado, ha sido medida en términos de la percepción de esta, debido a que se ha observado que la inteligencia emocional actúa como un predictor en las diversas dimensiones de la CdV de las PM. Aunque no se relaciona con el entorno, se encuentra íntimamente vinculada con la salud, las habilidades funcionales, la

actividad de ocio y el nivel de satisfacción con la vida (Luque-Reca et al., 2018). En un estudio adicional con PM, se encontró que la inteligencia emocional en los primeros años tras el diagnóstico de diabetes puede ayudar a prevenir complicaciones graves y mejorar la salud en general. Sin embargo, no se detectaron diferencias significativas en la CdV relacionadas con la inteligencia emocional, aunque sí se observó una relación entre ambas variables (Moradi et al., 2020). En concordancia, con otro estudio, en un programa de inteligencia emocional se lograron efectos beneficiosos en la CdV y el bienestar de los individuos con diabetes tipo 2 (Yalcin et al., 2008). Es relevante tener en cuenta que las emociones positivas son elementos protectores de la salud física a largo plazo y se relacionan con una mayor longevidad (Pressman & Cohen, 2005).

Asimismo, se sugiere que la inteligencia emocional debe ser más investigada en el ámbito de la psicooncología, enfocándose en su influencia en la CdV y la protección contra resultados negativos como la depresión. Por lo tanto, resulta fundamental desarrollar habilidades emocionales particulares, la claridad y reparación emocionales (Durosini, 2022).

Una revisión sistemática ha demostrado que la inteligencia emocional juega un papel importante en las PM, dado que influye positivamente en variables como la CdV y el bienestar (Frías-Luque & Toledano-González, 2022). Además, se ha señalado que las habilidades de inteligencia emocional afectan de manera positiva tanto a nivel cognitivo como conductual durante el envejecimiento. Así, las intervenciones que promueven la inteligencia emocional pueden ayudar a mejorar la CdV de las PM, un aspecto de gran importancia en el contexto actual de creciente longevidad (Delhom et al., 2020).

2.4 Funcionamiento Familiar

2.4.1 Definiciones

El estudio del funcionamiento familiar implica abordar diversas perspectivas conceptuales y teóricas. En este análisis, nos centraremos en la noción de familia como eje fundamental en la preservación de la cultura. La familia, considerada como un micro escenario sociocultural (Valdés, 2007), actúa como un filtro a través del cual se transmiten a sus integrantes tradiciones, costumbres y valores propios del contexto histórico en el que se sitúa. Además de ello, en la familia se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros (Carbonell et al., 2012), considerando que la familia es uno de los sistemas más importantes que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la CdV (López et al., 2011). Escardó (como se citó en Ojeda, 2013) menciona que la familia tiene la función de mantener una calidad afectiva equilibrada y promover valores como el respeto y la tolerancia, logrando un apoyo y comprensión que define la situación de la familia.

La familia, considerada como la unidad básica de la sociedad, se define como un grupo de individuos unidos por diversos vínculos afectivos, biológicos o legales que comparten un proyecto de vida común. Al interior de este núcleo familiar se cultivan fuertes lazos de pertenencia y compromiso personal entre sus miembros, estableciendo relaciones de intimidad y dependencia mutua (Malde, 2012)

En cuanto al funcionamiento familiar, todos los esfuerzos que realizan los integrantes que les permite hacer frente y superar los diversos cambios que van apareciendo de acuerdo con las etapas por las que pasa cada individuo que conforma el grupo familiar (Casasa et al., 2016). La funcionalidad familiar promueve el desarrollo integral de sus miembros, permitiendo utilizar los recursos internos y externos de los integrantes. Los elementos significativos de la función familiar incluyen la capacidad de adaptación, la participación de

sus miembros, el desarrollo o crecimiento, la expresión de afecto y el acceso a recursos (Smilkstein, 1978). Los integrantes asumen sus responsabilidades permitiéndose madurar física y emocionalmente. Olson (2000) define al funcionamiento familiar como el grupo de cualidades, como la cohesión que caracteriza a las familias como un sistema y trata de explicar las formas en las que opera o se comporta el sistema familiar (adaptabilidad).

2.4.2 Modelos del Funcionamiento Familiar

El funcionamiento familiar se constituye como un factor determinante de la CdV en las PM, ejerciendo una influencia significativa en su bienestar emocional y físico. En este contexto, dos modelos teóricos destacan por su relevancia para evaluar y comprender el impacto del funcionamiento familiar en la CdV de este grupo poblacional: el Modelo Circunflejo de David Olson y el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar.

El Modelo Circunflejo de Funcionamiento Familiar fue desarrollado por David Olson en 1979, este modelo ofrece una tipología familiar basada en tres dimensiones principales: cohesión, flexibilidad y comunicación. La cohesión familiar se refiere al vínculo emocional entre los miembros, mientras que la flexibilidad se relaciona con la capacidad del sistema para adaptarse al cambio. Por otro lado, la comunicación facilita la expresión y comprensión dentro del grupo familiar. Olson identifica diferentes tipos de familias según sus niveles de cohesión, flexibilidad y comunicación, lo que impacta en su funcionamiento y CdV (Olson, 2000).

El segundo modelo, denominado Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF), es un modelo desarrollado a lo largo de más de 25 años, y que se presentará con mayor profundidad más adelante, debido a que es el que se utiliza en el estudio. En síntesis, estos modelos proporcionan información valiosa para comprender cómo el funcionamiento

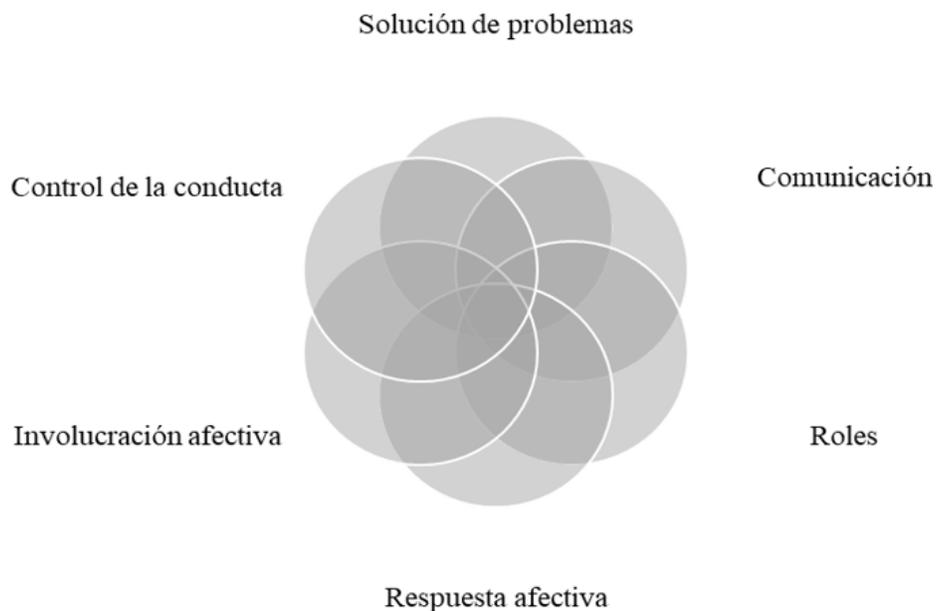
familiar influye en la CdV de las PM, debido a que resulta crucial para la formulación de intervenciones y programas de apoyo destinados a este grupo demográfico.

Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF)

El modelo de funcionamiento familiar de McMaster ha sido elaborado durante más de 25 años y se origina a partir de tres proyectos de investigación (Epstein et al., 1981). Este modelo describe cómo es la estructura y las propiedades organizativas que integran a la familia junto con las pautas transaccionales, para determinar si existe un ambiente saludable o deteriorado en el entorno familiar, mediante seis dimensiones (Figura 3). El modelo distingue lo que es una familia normal en cada una de las dimensiones y ello implica con frecuencia hacer un juicio de valor.

Figura 3.

Dimensiones del modelo McMaster de funcionamiento familiar



Elaborado por Atri y Zentune (2015).

El Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF) es una herramienta conceptual que permite evaluar el funcionamiento familiar de manera integral y sistemática. Este modelo identifica seis dimensiones clave que representan los aspectos esenciales para un funcionamiento familiar óptimo:

1. **Resolución de problemas:** Esta dimensión evalúa la capacidad de la familia para afrontar y resolver problemas que amenazan su integridad y capacidad funcional. Se consideran siete pasos para una resolución eficaz de problemas: identificación del problema, búsqueda de información, generación de soluciones, evaluación de soluciones, selección de la solución, implementación de la solución y evaluación de los resultados.
2. **Comunicación:** Esta dimensión se centra en la calidad y efectividad de la comunicación entre los miembros de la familia. Se evalúa si los mensajes verbales son claros, directos y dirigidos a la persona adecuada. También se considera la capacidad de escuchar de manera activa y empática.
3. **Roles:** Esta dimensión analiza si la familia ha establecido pautas claras y definidas para la distribución de roles y responsabilidades. Se evalúa si las funciones familiares, como la provisión de recursos, el cuidado y apoyo, el apoyo al desarrollo personal, el mantenimiento del hogar y la satisfacción sexual adulta, están asignadas de manera justa y equitativa entre los miembros de la familia. También se considera si las responsabilidades se llevan a cabo de manera responsable y comprometida.
4. **Capacidad de respuesta afectiva:** Esta dimensión evalúa la capacidad de los miembros de la familia para expresar y experimentar emociones de manera adecuada ante diversas situaciones. Se considera si las expresiones emocionales son congruentes con los sentimientos, si se expresan de manera asertiva y si se toman en cuenta las emociones de los demás.

5. **Implicación afectiva:** Esta dimensión se refiere al nivel de interés y aprecio que los miembros de la familia muestran por las actividades, preocupaciones y necesidades de los demás. Se consideran niveles intermedios de implicación, evitando extremos de desapego o sobre implicación emocional.
6. **Control del comportamiento:** Esta dimensión evalúa las normas y reglas que la familia establece para regular el comportamiento de sus miembros. Se analiza cómo se expresan y mantienen estas normas en diferentes situaciones (peligrosas, psicológicas y sociales). También se consideran los diferentes patrones de control, como flexibles, rígidos, laissez-faire (dejar hacer) y caóticos.
7. **Funcionamiento general:** Esta dimensión proporciona una evaluación global del funcionamiento familiar, tomando en cuenta las cinco dimensiones anteriores. Se considera si la familia mantiene un equilibrio entre las diferentes áreas y si logra adaptarse a los desafíos y situaciones cambiantes.

En conjunto, las seis dimensiones del MMFF ofrecen un marco conceptual completo para comprender y evaluar el funcionamiento familiar. Al identificar las fortalezas y debilidades de cada dimensión, se pueden desarrollar intervenciones específicas para mejorar la CdV de las familias y promover su bienestar integral.

El MMFF indica que existen dos tipos de problemas, los estructurales son aquellos que se relacionan con el ámbito financiero, la alimentación, vestimenta, mientras que los problemas afectivos se vinculan con la parte emotiva.

El modelo McMaster incluye una enumeración secuencial y una definición operativa de las etapas de la resolución eficaz de problemas:

1. **Identificación del problema.** La etapa de identificación del problema comprende la identificación de los problemas; si existe o no un patrón en el comportamiento

problemático que se produce, y qué tipo de problema (afectivo o instrumental) se genera. Un patrón se refiere a las acciones repetitivas en las que las familias logran o no sus objetivos. En este momento, el especialista debe asegurarse de que la familia identifica correctamente el problema y no distorsionar o trasladar la cuestión a un área menos conflictiva.

2. Comunicarse con las personas adecuadas acerca del problema. En la etapa de comunicación se evalúa si se ha establecido contacto con las personas adecuadas en relación con la dificultad identificada.
3. Desarrollo de soluciones alternativas viables. La etapa de soluciones alternativas comprende los tipos de planes elaborados y considerados en relación con la naturaleza del problema. En esta etapa puede resultar especialmente difícil que la familia solo contemple una opción, o una limitada gama de opciones, cuando un problema no tiene una solución sencilla o evidente.
4. Decidirse por una de las alternativas. La cuarta fase, la etapa de decisión, se refiere a si la familia puede tomar una decisión después de analizar planes de acción alternativos o si elude esta fase y actúa de forma predeterminada. En esta etapa también se aprecia si los involucrados en la acción están al tanto de la decisión.
5. Actuar conforme a la decisión. La etapa de acción se refiere al grado en el que la familia cumple con el plan alternativo que ha seleccionado. Aunque la familia haya establecido una estrategia de actuación, puede que no se tome, de manera limitada, o que se haga la acción por completo.
6. Seguimiento de la acción. La etapa de seguimiento se refiere a la situación en la que la familia dispone de un sistema mediante el cual se verifica si las decisiones acordadas se aplican a la práctica y se cumplen.

7. Evaluación de la efectividad de la acción y del proceso de resolución de problemas. La etapa de evaluación se refiere a la capacidad de la familia para examinar lo ocurrido en el proceso de resolución de problemas, si son capaces de adquirir conocimientos sobre la situación, si son capaces de reconocer los mecanismos de acción exitosos y si pueden detectar los comportamientos inadecuados en la resolución de problemas.

Las familias presentan habilidades para solucionar problemas, desde las "más eficaces", con escasos problemas sin solucionar, si tienen alguno, hasta las "menos eficaces", que ni siquiera pueden detectar el problema. Durante el tiempo que el funcionamiento familiar se vuelve menos efectivo, el comportamiento de resolución de problemas de la familia se vuelve menos sistemático. El resultado de la acción de Ryan et al. en 2005 es que se presentan menos medidas para la resolución de problemas (Ryan et al., 2005).

2.4.3 Medición del Funcionamiento Familiar

El estudio del funcionamiento familiar resulta fundamental para comprender el bienestar y la CdV de las PM. Sin embargo, la complejidad de este fenómeno exige la utilización de instrumentos diversos y multidimensionales que permitan una evaluación precisa y completa. En este contexto, el presente análisis se centra en dos aspectos clave: la necesidad de considerar las perspectivas de las PM y la revisión de instrumentos específicos para evaluar el funcionamiento familiar y su impacto en la CdV.

La evaluación de la CdV en PM debe considerar las apreciaciones y valoraciones que estas personas tienen sobre sus relaciones familiares, de amistad, redes de apoyo social y laboral (León et al., 2011). Es decir, la percepción subjetiva del individuo sobre su entorno social y familiar juega un papel crucial en la determinación de su CdV.

A continuación, se presentan tres instrumentos relevantes para evaluar el funcionamiento familiar y su impacto en la CdV de PM:

- Dispositivo de Evaluación Familiar de McMaster (FAD): Diseñado para evaluar a las familias según el Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar. Consta de siete dimensiones completadas por el individuo de forma autónoma. Cada dimensión está compuesta por 60 ítems evaluados mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta.
- Escala de Funcionamiento Familiar (FF-SIL): Diseñada en 1994 y validada en 2004 para evaluar el funcionamiento familiar. Categoriza a las familias en cuatro grupos: funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Evalúa siete procesos que afectan las relaciones familiares: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. Consta de 14 preguntas con respuestas tipo Likert y cinco opciones de respuesta. La puntuación se calcula según una escala que va de "casi nunca" (1) a "casi siempre" (5).
- Escala APGAR Familiar: Utilizada principalmente en el ámbito clínico para evaluar el funcionamiento familiar. Se enfoca en cinco áreas de estudio: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Califica cada área en una escala de 0 a 10, donde 0 indica un funcionamiento deficiente y 10 indica un funcionamiento óptimo. La puntuación total refleja la percepción general del funcionamiento familiar.

En conclusión, la evaluación del funcionamiento familiar en PM requiere de una perspectiva integral que considere las apreciaciones subjetivas del individuo y la utilización de instrumentos multidimensionales validados. Los instrumentos descritos en este análisis ofrecen herramientas valiosas para comprender el impacto del funcionamiento familiar en la CdV de este grupo poblacional y desarrollar intervenciones específicas que promuevan su bienestar.

2.4.4 Relación del Funcionamiento Familiar y la Calidad de Vida

Las investigaciones han demostrado que el trato que las PM reciben por parte de su familia ejerce una influencia significativa en su salud y CdV (Villa, 2007). En este contexto, la calidad de las relaciones familiares, el entorno familiar y apoyo social en su conjunto son considerados factores clave que influyen en el bienestar de este grupo poblacional. Un estudio identificó la salud, el entorno familiar, las redes de apoyo social y las actividades recreativas como elementos clave que influyen en la percepción de las PM sobre su CdV (Rubio et al., 2011). Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar diversos aspectos del entorno familiar y social al evaluar la CdV de este grupo poblacional. En otro estudio con las PM con enfermedades crónicas se planteó el objetivo de explorar el efecto mediador de la autoeficacia en relación con el funcionamiento familiar y la CdV, pero aparte de ver el efecto se dieron a la tarea de hacer un análisis de regresión donde la CdV era la variable dependiente y la función familiar la variable independiente. Los resultados mostraron un impacto significativo, siendo que las PM con enfermedades crónicas con una mejor función familiar tienen mayor CdV (Yuan et al., 2021).

En un estudio realizado en línea en Brasil, donde se analizó la correlación de la CdV y funcionamiento familiar, se observó que todas las dimensiones de CdV se correlacionan positivamente con el funcionamiento familiar, la mayor correlación fue con la dimensión de intimidad. En el análisis de regresión lineal, se notó que la funcionalidad familiar mantuvo una asociación positiva, lo que indica una relación directamente proporcional. Esto implica que las PM que provienen de familias con disfunción familiar leve o severa tienden a tener una peor CdV en comparación con aquellas que provienen de familias funcionales (De Souza et al., 2021). De la misma manera, se efectuó un estudio con relación a estas dos variables en

PM con hipertensión arterial, concluyendo que las funciones afectivas como el afecto, la sensación de seguridad y la atención pueden reducir la desesperación como resultado de la disminución física que experimentan las PM, siendo que la función familiar afectará la CdV de las PM con hipertensión (Anggraini et al., 2022).

En relación con estas variables, se han observado dos estudios realizados en Indonesia. El primero se centró en analizar la CdV y el funcionamiento familiar en PM, con el objetivo de apoyar el desarrollo de programas de salud. Los resultados indicaron que el funcionamiento familiar tiene un impacto significativo en la CdV, siendo fundamental para enfrentar el deterioro físico, psicológico y social. La familia actúa como una fuente de apoyo y satisfacción que ayuda a manejar el estrés y las enfermedades, evitando así una disminución en la CdV (Fauzan et al., 2020). El segundo estudio, realizado en una aldea indonesia, concluyó que la función familiar es crucial para proporcionar una buena CdV en la vejez. Con el respaldo familiar, las PM experimentan un mayor sentido de utilidad y significado, lo que contribuye a mejorar su CdV (Dedek & Sulastri, 2021).

Capítulo III. Estrategia Metodológica

En este capítulo se proporciona un panorama de las estrategias metodológicas diseñadas para investigar los predictores de la CdV en las PM del Valle de Toluca. El capítulo comienza con el planteamiento del problema, identificando la necesidad de comprender a fondo los elementos que impactan en la CdV de este grupo demográfico.

A partir del planteamiento del problema, se formula la pregunta de investigación que guía este estudio y se detalla la justificación que radica en la relevancia que aborda los predictores específicos de las PM para asegurar su CdV en la sociedad actual. Asimismo, se detallan los objetivos, el lugar de investigación, el diseño del estudio, la muestra, las hipótesis, y los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Además, se proporcionan las definiciones conceptuales y operativas de las variables. Se describen los instrumentos utilizados para recopilar datos, los cuales se validan para evaluar las variables de interés. Asimismo, se abordan las consideraciones éticas para asegurar la confidencialidad y conseguir el consentimiento informado de los participantes antes de su participación en el estudio. Por último, se enumeran las limitaciones que se presentaron a lo largo del estudio.

3.1 Planteamiento del Problema

La definición de CdV según la OMS (Programa de Salud Mental, 2002), se refiere a la percepción que una persona tiene de su lugar en la vida, teniendo en cuenta el entorno cultural y los valores del contexto en el que se desenvuelve, así como sus objetivos, expectativas, preocupaciones y normas. Además, abarca aspectos como la autonomía, las habilidades sensoriales, la participación social, la intimidad, las actividades en diferentes

momentos de la vida y la muerte. En virtud de esta definición, se puede inferir que el concepto de CdV es un componente complejo que se caracteriza por múltiples dimensiones (Pereira et al., 2012) y por el tiempo o la época (Bautista-Rodríguez, 2017), lo que impide la existencia de una definición universal ni una forma estándar de medirla (Cummins, 1997). De igual manera, se presentan diversos modelos y enfoques, ya que es un término multidisciplinario (Nava, 2012), algunos consideran una perspectiva genérica, sin considerar la edad, y solo algunos han intentado aplicar estos modelos en la etapa de la vejez (Pérez et al., 2013).

La persona mayor es un individuo de 60 años o más (Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2019), en la que considera que la CdV a partir de este rango de edad es menor (Iglesias-Souto & Dosil, 2005). Por lo tanto, el estudio de la CdV de las PM es un tema de interés reciente en campos como la Psicología, la Geriátrica y la Gerontología. Un desafío significativo en el estudio del envejecimiento es entender en profundidad el proceso y los factores que tienen mayor influencia en la CdV de las PM (Barros & Herrera, 2003).

El rápido envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe plantea un desafío urgente para la investigación. Este fenómeno plantea desafíos únicos que no pueden compararse con los de otras regiones con niveles similares de envejecimiento, como México. Se puede inferir que el envejecimiento demográfico es una consecuencia no objetiva que implica desafíos y problemas no previstos ante las necesidades y atención que demandan las PM, debido a la dependencia relacionada con la edad (González, 2015).

En virtud de lo expuesto anteriormente, en nuestro país se experimenta un envejecimiento distinto en cada estado, lo que implicará una disminución de tiempo y escasos recursos para que las PM se adapten a las consecuencias, tales como la transformación en las estructuras familiares, los cambios en modelos de desarrollo, la mayor incidencia y

prevalencia de enfermedades crónicas, la vulnerabilidad ante la vejez (González, 2015). En términos generales, los aspectos físicos, sociales y psicológicos tienen un impacto significativo en la CdV de las PM, lo que podría restringir su capacidad para llevar a cabo actividades diarias. Un estudio reciente del INEGI (2021) revela que la discapacidad, la limitación o el deterioro cognitivo afectan a un porcentaje significativo de la población adulta mayor en México, con una prevalencia del 45% y un total estimado de 3.2 millones de personas. El acelerado envejecimiento de la población a nivel nacional e internacional plantea un reto significativo para la salud pública. Los sistemas de salud y las políticas públicas no se encuentran adecuadamente preparados para afrontar las implicaciones físicas, mentales, sociales y sanitarias asociadas al aumento de la población de PM (Alvarado & Salazar, 2014). Siguiendo la misma línea, el Estado de México cuenta con la mayor población de PM y se espera que esta cifra se duplique para el año 2030 (González, 2015) Asimismo, Toluca es uno de los municipios en donde se concentran el mayor número de PM (Consejo Estatal de la Población, 2022). Por consiguiente, resulta imperativo considerar los cambios en los patrones sociales, biológicos, psicológicos y sociodemográficos durante su desarrollo, los cuales influyen en la evolución de las personas en la vejez (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017), que ponen en peligro su independencia y su CdV (Ofori-Asenso et al., 2018).

Para identificar vacíos en la literatura, se realizó una revisión sistemática, que está en proceso de publicación. Se ha verificado que 13 estudios a nivel mundial han evaluado de manera independiente la aptitud física, el funcionamiento familiar, el bienestar psicológico, y la inteligencia emocional, incorporando cada uno de ellos la variable de CdV. Es importante señalar que los estudios se llevaron a cabo principalmente en Asia y Europa, mientras que

solo un estudio se realizó en América Latina, el cual fue en Brasil, lo que no permitió la identificación de investigaciones en México.

Con respecto a los 13 estudios, realizados principalmente en instituciones de salud, comunidades, refugios, asilos o residencias de permanencia, ningún estudio se realizó en casas de día. Dado que esto es un problema para México y en específico en el Estado de México, debido a que las casas de día se construyeron con el objetivo de atender las condiciones de vulnerabilidad de las PM mediante una atención integral que contribuya a una mejor CdV y un envejecimiento saludable (Periódico Oficial Gaceta del Gobierno y LEGISTEL, 2023).

Específicamente, en India se ha constatado que la aptitud física y la CdV desempeñan un papel fundamental en la población mayor, evidenciando que, si no se llevan a cabo ejercicios que mejoren la aptitud física, provocaría patologías crónicas o una aceleración de las enfermedades asociadas al envejecimiento, lo que generaría dependencia y una menor CdV (Sarode et al., 2019). En un estudio realizado en Turquía, se ha constatado que una disminución en la CdV se vincula con una menor aptitud física, lo cual podría ser un obstáculo en la prevención de patologías crónicas en la vejez (Thakur & Dashal, 2019). Por consiguiente, un factor adicional a considerar para prevenir o disminuir las patologías es la atención a la inactividad física (WHO, 2018). Siendo que la inactividad física es un problema debido se considerarse el cuarto factor de riesgo de mortalidad (WHO, 2009), se puede presentar deterioro del sistema motor, la anormalidad de la marcha y un nivel debajo de aptitud física que precede el inicio del deterioro cognitivo con la edad (Verghese et al., 2002). El aislamiento social adoptado para contener la propagación del COVID-19 ha llevado a una disminución aún mayor en la actividad física, lo que ha exacerbado el deterioro de la salud

en la población mayor, incrementando de este modo el riesgo de desarrollar sarcopenia y fragilidad en enfermedades cardio-metabólicas (Roschel et al., 2020).

De la misma forma, el bienestar psicológico también está asociado con la CdV (García-Alandete, 2014; Nibedita et al., 2018). Por lo que las actitudes negativas hacia los mayores promueven diferentes formas de exclusión y aislamiento social, que son un problema, debido a que influyen en el deterioro del bienestar físico y emocional (Giraldo & Gutiérrez, 2015). El edadismo, o discriminación por edad, tiene un efecto perjudicial en el bienestar psicológico de las personas mayores. Estudios como el de Kang y Kim (2022) demuestran que la exposición a actitudes edadistas aumenta significativamente el riesgo de sufrir problemas de salud mental como depresión y ansiedad. Además, si el bienestar psicológico y la CdV son negativas pueden provocar depresión (Nibedita et al., 2018). Es crucial considerar este factor dado que durante la vejez se producen transformaciones en los logros, metas, el desarrollo personal y la adquisición de habilidades (García & Arteaga, 2018).

Otra de las variables emocionales que poco se han estudiado en las PM es la inteligencia emocional, así como los mecanismos a través de los cuales se afecta su la CdV (Luque-Reca et al., 2018). En los últimos años, la inteligencia emocional ha ganado un lugar preponderante dentro del ámbito científico, atrayendo el interés de investigadores por sus potenciales repercusiones en la salud tanto física como mental (Martínez et al., 2011; Veloz & Vega, 2023). Según un metaanálisis de Schutte y colaboradores (2007), existe una relación inversa entre la inteligencia emocional y la presencia de trastornos psicológicos. Los resultados indican que las personas con bajos niveles de inteligencia emocional tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos como la ansiedad y depresión. Asimismo, la inteligencia emocional se asocia con ciertos problemas emocionales, tales como la

dificultad para expresar sentimientos, la escasa conciencia emocional, problemas en la personalidad y conductas adictivas (Martínez et al., 2010). En términos generales, se ha evidenciado la relevancia de indagar en el aspecto emocional de las PM, debido a todos los estados de ánimo subjetivos influyen en la adaptación, tanto positiva como negativa, a situaciones objetivamente adversas que se enfrentan de forma continua en la vejez y que afectan la CdV (León et al., 2011).

La misma revisión sistemática ha confirmado que el funcionamiento familiar es un factor importante en la CdV (Fauzan et al., 2020). Además, se ha observado que la presencia de disfunción familiar ya sea leve o severa, puede resultar en una CdV inferior en comparación con la de las familias funcionales (De Souza et al., 2021). De igual manera, el funcionamiento familiar puede influir negativamente en la CdV, en caso de que la persona mayor padezca de hipertensión arterial (Anggraini et al., 2022). En consecuencia, un inadecuado funcionamiento familiar puede afectar adversamente la CdV de las PM que padece una patología crónica, tales como la hipertensión arterial, debido a que afecta la salud física como emocional (Duran-Badillo et al., 2022). El funcionamiento familiar tiene un impacto en la vejez debido a la alteración de las características psicosociales, tales como la alteración de los roles, posiciones sociales y la disminución de las relaciones estrechas (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019). Esto puede ser un problema debido a que puede generar alteraciones en su dinámica o funcionamiento interno, su estilo de vida, su conexión con el entorno e, incluso, en su economía (Herrera, 2008). En México, se encuentran 13 millones de PM y el 16% sufren soledad, abandono y maltrato (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF], 2021). Es imperativo asistir a estos aspectos sociales y psicológicos, dado que los cuidados primarios son esenciales para la familia; sin embargo, si no cuentan con una capacitación formal, pueden

presentar posibles omisiones por desconocimiento, especialmente en el caso de que atiendan a adultos frágiles o dependientes (Ruiz & Orozco, 2009). Otro problema es que, aunque las PM tienen un mayor acceso al internet y a la tecnología, como celulares y computadoras, su socialización es baja, solo dos de cada diez PM utilizan redes sociales para comunicarse con sus familiares y amigos (Shamah-Levy et al., 2022).

Aunque existe una amplia cantidad de información sobre la CdV y las variables independientes como la aptitud física, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar, hasta la fecha no se ha encontrado información específica sobre estas variables con relación a la población de PM independientes, especialmente en América Latina y, en particular, en México. Además, no se han encontrado análisis multivariados que consideren estas variables en conjunto. Con base en esta situación, surge la pregunta de investigación.

3.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el grado en que la aptitud física, el bienestar psicológico, la inteligencia emocional y el funcionamiento familiar pueden predecir la calidad de vida de las personas mayores del Valle de Toluca?

3.3 Justificación

Este estudio se centró en analizar la CdV y cómo se relaciona con la aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico, y el funcionamiento familiar de las PM. Esta investigación es novedosa porque existe una preocupación por el envejecimiento de población, siendo un fenómeno global. Por lo tanto, es necesario buscar estrategias que ayuden a elevar la CdV de las PM. De ahí es relevante conocer la CdV en esta etapa debido a los cambios asociados al proceso de envejecimiento. Este conocimiento no solo es de interés en el ámbito de la salud, sino también en las áreas

sociales, económicas y personales (González-Celis, 2010). Otro desafío es la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, las cuales inciden en la salud física, el grado de autonomía, el estado psicológico, las interacciones sociales y la conexión con el entorno, todos aspectos vinculados con la CdV (Serra, 2016).

En el contexto de la Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030), promovida por la OMS para mejorar la CdV y fomentar un envejecimiento activo y exitoso, la CdV de las PM cobra una importancia especial (OMS, 2020). Esta iniciativa busca construir una sociedad inclusiva, segura y saludable para las PM, apoyando su bienestar físico, mental y social. Sin embargo, la propuesta de clasificar la vejez como una enfermedad en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) ha generado preocupaciones, ya que podría reforzar la noción errónea de que las personas de 60 años o más están enfermas únicamente por su edad (OMS, 2022). Esta perspectiva estigmatizada ignora la diversidad y complejidad del envejecimiento, y obstaculiza el desarrollo de políticas y programas enfocados en promover el bienestar y la CdV de este grupo poblacional.

En este contexto, la evaluación de la CdV y sus determinantes resulta crucial para brindar una atención integral a las PM, considerando una perspectiva multidisciplinaria que integre diversas áreas del conocimiento como la gerontología, la psicología, la sociología y la medicina.

En este estudio se llevó a cabo un análisis descriptivo, comparativo y de regresión múltiple en la Casa de Día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), una institución que atiende a PM de 60 años, tanto hombres como mujeres. La investigación tuvo como objetivo generar conocimientos e información valiosa sobre los elementos que afectan la CdV de las PM, con el fin de contribuir al desarrollo de

estrategias y programas que fomenten un envejecimiento positivo y mejoren la CdV de este grupo poblacional (González-Celis, 2010).

Igualmente, sabemos que ignorar sus necesidades es, al mismo tiempo, negar sus derechos y desperdiciar las habilidades y experiencias que representan (HelpAge International, 2021). Mediante este estudio, se sugiere la creación de un entorno idóneo para ofrecer herramientas de intervención que faciliten la comprensión del proceso de envejecimiento y proponer opciones que promuevan la CdV (Alvarado & Salazar, 2014) y, por ende, crear nuevos programas de prevención e intervención, o mejorar los existentes. Por esta razón, esta investigación es necesaria para poder obtener más respuestas sobre la relación entre la CdV y las variables clínicas y sus efectos en las PM.

Es relevante resaltar que este estudio es beneficioso para futuros investigadores interesados en la psicología y la salud de las PM. Los hallazgos obtenidos sirven como punto de partida para iniciar proyectos de intervención psicológica o de salud dirigidos a mejorar la CdV en este grupo demográfico. De este modo, este estudio contribuye a la generación de conocimientos que faciliten la creación de programas y la implementación de políticas públicas orientadas a fomentar la integración de las PM en la sociedad, ofreciendo información crucial para un envejecimiento activo y exitoso. Como resultado, se ofrecerá a las PM la oportunidad de desarrollar sus habilidades, tomar decisiones y sentirse competentes para llevar a cabo acciones que les brinden un alto nivel de bienestar y contribuyan a su satisfacción general y CdV (Vergara & González-Celis, 2009).

Con esta investigación se aporta un valor añadido al conocimiento actual porque no se cuenta con un estudio así con la asociación de estas variables, ni los factores sociodemográficos, ni mucho menos que se enfoque en este sector de la población. En resumen, este estudio proporciona datos estadísticos que no solo ayudarán a ampliar la

comprensión sobre este grupo demográfico en proceso de envejecimiento, sino también a desarrollar futuros proyectos de investigación e intervención destinados a mejorar la CdV en las etapas de la vida, lo que a su vez podría reducir el alto porcentaje de esperanza de vida con discapacidad o enfermedad en el Valle de Toluca. Esto se lograría mediante programas psicológicos, gerontológicos, sociales o clínicos, debido a que la investigación aborda aspectos demográficos, psicológicos, sociales y biológicos, que pueden servir de base en estudios de la psicología de la salud, psicología social, psicología educativa, psicología o laboral.

A causa de la carencia de recursos humanos, financieros y materiales limitados para la ejecución de la investigación, se procedió a emplearlos de manera más responsable. Con el fin de obtener estos conocimientos de manera óptima, se optó por emplear los instrumentos World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) y World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOLOLD), que están destinados a evaluar la CdV. También se empleó la prueba Senior Fitness Test (SFT) para medir la aptitud física, la Escala de Bienestar Psicológico para evaluar el bienestar psicológico, el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) para medir la inteligencia emocional, y el indicador de evaluación familiar de McMaster (FAD) para analizar la funcionalidad familiar. Todos estos instrumentos seleccionados tienen validez y confiabilidad adecuadas para usarse en PM.

3.4 Objetivos

3.4.1 *Objetivo General*

Evaluar el grado en que la aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico, y el funcionamiento familiar pueden predecir la calidad de vida de las personas mayores del Valle de Toluca.

3.4.2 *Objetivos Específicos*

1. Determinar la calidad de vida de las personas mayores en el Valle de Toluca, con respecto a su aptitud física, inteligencia emocional, bienestar psicológico y funcionamiento familiar.
2. Comparar la calidad de vida entre grupos de edad y nivel educativo de acuerdo con su aptitud física, la inteligencia emocional, bienestar psicológico y funcionamiento familiar.
3. Identificar las características fundamentales de las personas mayores para analizar su calidad de vida, considerando:
 - Variables sociodemográficas.
 - Variables clínicas asociadas: aptitud física, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar.

3.5 Hipótesis

Ha. La aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico, y el funcionamiento familiar predicen el nivel de calidad de vida en las personas mayores.

Ho. La aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar no predicen el nivel de calidad de vida en las personas mayores.

Ha:

Las personas mayores con un nivel alto de aptitud física tendrán mayor calidad de vida.

Las personas mayores con un nivel alto de bienestar psicológico tendrán mayor calidad de vida.

Las personas mayores con un nivel alto de inteligencia emocional tendrán mayor calidad de vida.

Las personas mayores con un nivel alto de funcionamiento familiar tendrán mayor calidad de vida.

Ho:

Las personas mayores con un nivel alto de aptitud física tendrán menor calidad de vida.

Las personas mayores con un nivel alto de bienestar psicológico tendrán menor calidad de vida.

Las personas mayores con un nivel alto de inteligencia emocional tendrán menor calidad de vida.

Las personas con un nivel alto de funcionamiento familiar tendrán menor calidad de vida.

Ha:

Existen diferencias significativas en la edad, el sexo, y el nivel educativo en función de la calidad de vida, la aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar de las personas mayores.

Ho:

No existen diferencias significativas en el sexo, edad y el nivel educativo en función de la calidad de vida, la aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar de las personas mayores.

Fundamentos teóricos-empíricos de las hipótesis

1. Se sabe que la aptitud física tiene componentes para mejorar la CdV (Thakur & Dhasal, 2019), por lo tanto, se espera que la CdV correlacione positivamente con la

resistencia aeróbica, fuerza muscular (miembros superiores e inferiores), flexibilidad (miembros superiores e inferiores) y agilidad de las PM.

2. Existe evidencia que el bienestar psicológico contribuye al aumento de la CdV (Nibedita et al., 2018), por lo tanto, se espera que la CdV correlacione positivamente con la, relaciones positivas, autoaceptación, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal de las PM.
3. Se sabe que la inteligencia emocional puede prevenir complicaciones irreversibles de la enfermedad y es capaz de mejorar la salud (Moradi et al., 2020), por lo tanto, se espera que la CdV correlacione positivamente con la atención a los sentimientos, claridad y regulación emocional de las PM.
4. Existe evidencia que el funcionamiento familiar tiene una relación positiva (Rahmadhani et al., 2022) y es uno de los factores que interviene en la CdV (Fauzan et al., 2020), por lo tanto, se espera que la CdV esté positivamente correlacionada con el funcionamiento general en la familia de las PM, así como con la solución de problemas, la comunicación, los roles, la capacidad de respuesta afectiva, la implicación afectiva y el control del comportamiento.

Material y métodos

3.6 Lugar y Población de Estudio

Se realizó la investigación en una Casa de Día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), debido a que la población estaba conformada por PM (hombres y mujeres) a partir de los 60 años. La muestra fue no probabilística y de tipo intencional. Las PM fueron invitadas cuando acudían a consulta médica o talleres en el centro.

3.7 Tipo y Diseño de estudio

Se efectuó un estudio cuantitativo debido a que se compararon datos numéricos cuyos valores encontrados pretendieron comprobar las hipótesis formuladas aplicando un método estadístico. El enfoque metodológico adoptado fue descriptivo-correlacional y de regresión múltiple, debido a que los análisis se centraron en pronosticar cómo los predictores influían en la variable dependiente. Los resultados del estudio se presentaron detalladamente, analizando las posibles relaciones entre las variables de investigación conforme a lo señalado por Hernández y sus colegas (2014).

3.8 Tamaño de la Muestra

Se estableció el tamaño de la muestra siguiendo los criterios sugeridos para la regresión lineal múltiple, que establecían que $n \geq 50 + 8m$ (donde m es el número de predictores), con un margen de error estándar de 0.05, según Tabachnick y Fidell (2019). Para evitar posibles pérdidas de información, la muestra se incrementó en un 10%. En consecuencia, la muestra estuvo formada por 126 PM. Esta población se evaluó por los cambios generados en el envejecimiento demográfico debido a que día a día las PM se enfrentaban a diferentes necesidades y desafíos.

3.9 Definiciones de las Variables Conceptuales y Operacionales

a) Calidad de vida. La OMS define CdV como la percepción que una persona tiene sobre su posición en la vida, teniendo en cuenta su entorno cultural, los valores del contexto en el que vive, así como sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (Programa de Salud Mental, 2002). Esta definición se mide operativamente utilizando el Cuestionario de Calidad de Vida en su versión corta (World Health Organization Quality of Life-BREF; WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1996).

b) Aptitud física. Capacidad física para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD) de manera segura e independiente, sin mostrar signos de fatiga excesiva (Rikli & Jones, 2001). Esta capacidad física multidimensional comprende diversos componentes, como la resistencia cardiovascular, la fuerza muscular, la flexibilidad y el equilibrio. En este estudio, la aptitud física de los participantes se evaluará operacionalmente mediante la Prueba de Aptitud Física para PM (Senior Fitness Test; SFT; Rikli & Jones, 1999).

c) Bienestar psicológico. El bienestar psicológico se refiere al proceso de desarrollar plenamente el potencial individual, implicando el esfuerzo por alcanzar la autorrealización y satisfacer dicho potencial (Ryff, 1995). Este concepto está relacionado con la búsqueda de un propósito de vida que otorgue significado, como señalan Ryff y Keyes (1995). La medición operativa de este concepto se realiza mediante la Escala de Bienestar Psicológico, adaptada al español por Díaz y colaboradores (2006), la cual se explica detalladamente en la sección de instrumentos.

d) Inteligencia emocional. Es la capacidad para reconocer, comprender, expresar y regular las propias emociones y las de los demás de manera efectiva y adaptativa (Mayer & Salovey, 1997). Esta se evalúa operacionalmente mediante la Escala de Rasgos de Metaconocimiento Emocional (Trait Meta-Mood Scale-24; TMMS-24; Fernández et al., 2004), cuya descripción se encuentra en la sección de instrumentos.

e) Funcionamiento familiar. La funcionalidad familiar es aquella que promueve el desarrollo integral de sus miembros, permitiendo utilizar los recursos internos y externos que los integrantes mencionan (Smilkstein, 1978), y se mide operacionalmente con la Escala de evaluación de recursos familiares (FAD; Epstein et al., 1983), que se describe en el apartado de instrumentos.

3.10 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

a) Criterios de Inclusión

1. PM que hayan firmado el consentimiento informado
2. PM (hombres y mujeres) de 60 a 94 años que al momento de la investigación estuvieran inscritos en la casa de día del DIFEM.
3. Ser residentes en el Valle de Toluca

b) Criterios de Exclusión

1. PM que tengan contraindicado realizar actividad física o han sufrido de insuficiencia cardiaca congestiva, así como aquellos que experimentan dolores articulares, malestar en el pecho, mareos durante el ejercicio. Asimismo, se incluyen aquellos con presión arterial elevada (160/100) no controlada.
2. PM que no respondan por sí mismos las preguntas

c) Criterios de Eliminación

1. PM que no finalicen la totalidad de los instrumentos.
2. Más de un ítem mal respondido en el cuestionario de control.
3. PM que expresen su deseo de retirarse de la investigación.
4. Por cuestiones de salud no pueda continuar la prueba física o concluir las escalas*.

* Este criterio se basa en la observación de síntomas que podrían indicar una situación de esfuerzo excesivo, como fatiga inusual o dificultad para inhalar o exhalar aire adecuadamente, mareos, dolor en el pecho, palpitaciones irregulares del corazón, cualquier tipo de dolor, pérdida de sensibilidad en alguna parte del cuerpo, pérdida de control muscular o equilibrio, confusión o desorientación, visión borrosa, náuseas o vómitos.

3.11 Instrumentos y Métodos para la Recolección de Datos

a) Cuestionario Sociodemográfico

Se creó un cuestionario para recopilar datos sociodemográficos de los participantes. Este cuestionario constó de preguntas tanto abiertas como de opción múltiple, dirigidas a obtener información sobre la edad, sexo, nivel educativo, ocupación, estado civil, religión, entre otros aspectos relevantes para el estudio.

b) World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF)

La WHOQOL-BREF, un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud está diseñado para evaluar de forma precisa la CdV de las personas. Este cuestionario consta de 26 preguntas, cada una con una escala de respuesta tipo Likert que permite graduar la intensidad de las experiencias y opiniones del individuo. Las dos primeras preguntas se centran en la percepción general de bienestar, mientras que los 24 restantes se agrupan en cuatro dimensiones principales (WHOQOL Group, 1996):

- Salud física (7 ítems): Examina factores como el dolor y las molestias, la necesidad de medicación o tratamiento, la calidad del sueño y descanso, los niveles de energía y fatiga, la movilidad, la realización de actividades cotidianas y la capacidad para llevar a cabo tareas laborales.
- Salud psicológica (6 ítems): Evalúa aspectos como los sentimientos positivos, la espiritualidad (religión, creencias personales), la imagen corporal, los pensamientos (aprendizaje, memoria, concentración) y la autoestima, así como los pensamientos negativos.
- Medioambiente (8 ítems): Examina aspectos como la seguridad y protección física, la calidad de la vivienda, el entorno físico, el acceso a información y recursos económicos

y habilidades, el cuidado de la salud y los servicios sociales (incluyendo su disponibilidad y calidad), y el transporte.

- Relaciones sociales (3 ítems): Aborda aspectos como las relaciones personales, la actividad sexual y el soporte social.

La consistencia interna del cuestionario fue evaluada en dos estudios con PM, uno en Chile y otro en México. En ambos casos, se encontró una adecuada consistencia interna: el estudio chileno reportó un alfa de Cronbach de .88 para la muestra total (Espinosa et al., 2011), mientras que el estudio mexicano presentó un alfa de 0.70 en las distintas dimensiones (López et al., 2017). Sin embargo, el estudio en México recomendó realizar una evaluación cultural de los ítems eliminados para mejorar la alineación del cuestionario con el modelo teórico original (López et al., 2017).

c) World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOLOLD)

En ambos casos, se encontró una adecuada consistencia interna: el estudio chileno reportó un alfa de Cronbach de .88 para la muestra total (Espinosa et al., 2011), mientras que el estudio mexicano presentó un alfa de 0.70 en las distintas dimensiones (López et al., 2017). Sin embargo, el estudio en México recomendó realizar una evaluación cultural de los ítems eliminados para mejorar la alineación del cuestionario con el modelo teórico original (López et al., 2017).

- Capacidad sensorial: Evalúa la percepción de dificultades visuales, auditivas, gustativas, olfativas y táctiles por parte de la persona mayor. Ítems (1, 2, 10 y 20).
- Autonomía: Evalúa la capacidad del individuo mayor para actuar según su propio criterio, sin verse influenciado por la opinión o deseos de los demás. Ítems (3, 4, 5 y 11).

- Actividades pasadas, presentes y futuras: Analiza las acciones o eventos experimentados por el individuo en un momento dado. Ítems (12, 13, 15 y 19).
- Participación social: Evalúa el grado de involucramiento del adulto mayor en la toma de decisiones que afectan su vida y su entorno social. Ítems (14, 16, 17 y 18).
- Muerte y agonía: Examina la condición que enfrenta un individuo antes de morir, considerando la muerte como la etapa final de la vida. Ítems (6, 7, 8 y 9).
- Intimidad: Evalúa la estrecha conexión y confianza entre parejas, que implica compartir sentimientos, emociones y pensamientos profundos, así como experimentar un sentimiento de compañerismo y amor mutuo. Ítems (21, 22, 23 y 24).

De acuerdo con Lucas-Carrasco y colaboradores (2011), la consistencia interna general de la escala WHOQOL-OLD fue de .84. Las dimensiones individuales presentaron los siguientes valores: autonomía .65, participación social .75, capacidad sensorial .75, actividades pasadas, presentes y futuras .75, muerte y agonía .79, e intimidad .88.

Una adaptación llevada a cabo en México reveló una estructura interna coherente de las seis dimensiones, con un valor de alfa de Cronbach de .84, según el estudio de (Acosta et al., 2013). Otro estudio realizado en México también indicó una alta confiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach de .89, como se informa en el trabajo de (Hernández-Navor et al., 2015).

d) Senior Fitness Test (SFT)

La batería SFT (Rikli & Jones, 1999) es una herramienta diseñada para evaluar la aptitud física de PM entre 60 y 94 años. Su objetivo es determinar su capacidad para efectuar actividades diarias de forma segura, autónoma, independiente y sin fatiga excesiva.

Dimensiones evaluadas:

- Fuerza muscular: Se mide en miembros superiores e inferiores.
 - Resistencia aeróbica: Evalúa la capacidad para efectuar actividades de esfuerzo sostenido.
 - Flexibilidad: Se mide en miembros superiores e inferiores.
 - Agilidad y equilibrio: Evalúa la coordinación y la capacidad para mantener el balance.
- En este estudio, se incluirán únicamente las dimensiones de flexibilidad superior y agilidad y equilibrio.

La batería incluye ocho pruebas, entre las cuales se encuentran mediciones de peso y altura. Cada prueba tiene un propósito definido, un procedimiento estandarizado, un sistema de puntuación y normas de seguridad.

Las pruebas incluyen:

- Chair Stand Test: Evalúa la capacidad para levantarse de una silla y mide la fuerza de las piernas.
- Arm Curl Test: Mide la fuerza de las extremidades superiores a través de flexiones de brazo.
- 6-Minute Walk Test o -Minute Step Test: Ambos evalúan la resistencia aeróbica; el primero mide la distancia recorrida en seis minutos, mientras que el segundo analiza el número de pasos dados en dos minutos.
- Chair-Sit and Reach Test: Evalúa la flexibilidad de las piernas mediante una prueba de flexión del tronco mientras se está sentado.

- Back Scratch Test: Mide la flexibilidad de los brazos al intentar juntar las manos detrás de la espalda.
- 8-Foot Up-and-Go Test: Evalúa la agilidad y el equilibrio dinámico al levantarse, caminar ocho pies y volver a sentarse.
- Height and Weight: Mide el peso y la altura para calcular el índice de masa corporal (IMC).

El orden de las pruebas sigue el establecido en el formato de registro, pero si se realiza la prueba de 2 minutos de marcha, se debe eliminar la prueba de 6 minutos o programarlas en días diferentes. La medición de peso y altura se puede realizar en cualquier momento. Los resultados de cada prueba se registran en el formato correspondiente y se interpretan utilizando los valores de referencia específicos para hombres y mujeres.

La validez del Senior Fitness Test (SFT) se ha establecido a través de la validez de apariencia, mostrando un índice de concordancia global de .95. Su confiabilidad también ha sido confirmada con un coeficiente de correlación intraclass (CCI) que varía entre .80 y .98, y una comprensibilidad del 85.2% en sujetos de distintas edades y niveles educativos (Cobo-Mejía et al., 2016; Ochoa-González et al., 2014).

e) Psychological Wellbeing Scale

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, adaptada al español por Díaz y colaboradores en 2006, es una herramienta diseñada para medir la salud psicológica de manera integral. Consta de 39 afirmaciones, a las cuales se responde en una escala de seis puntos, y evalúa seis dimensiones fundamentales del bienestar psicológico:

- Autoaceptación: Ítems 1, 7, 13, 19, 25, y 31. Se refiere a mantener una Abarca la aceptación positiva de uno mismo, incluyendo aspectos tanto positivos como negativos. Implica mantener una actitud favorable hacia las experiencias vividas y un sentido de autovaloración.
- Relaciones positivas con otros: Ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32. Evalúa la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales cercanas y significativas. Explora aspectos como la empatía, la preocupación por el bienestar ajeno y la capacidad para expresar afecto.
- Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33. Mide el grado de independencia y autodeterminación personal. Evalúa la capacidad para resistir presiones sociales y tomar decisiones basadas en valores y estándares propios.
- Dominio del ambiente: Ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39. Se refiere a la percepción de control sobre el entorno y la capacidad para manejarlo efectivamente. Explora la habilidad para aprovechar oportunidades y crear un ambiente que se adapte a sus necesidades y valores.
- Propósito en la vida: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38. Evalúa la existencia de metas y objetivos que otorgan sentido a la vida. Incluye la percepción de significado en el presente y el pasado, así como la búsqueda de nuevos propósitos.
- Crecimiento personal: Ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29. Mide la percepción de desarrollo continuo y mejora a lo largo del tiempo. Evalúa la apertura a nuevas experiencias y el deseo de alcanzar el máximo potencial personal.

Los ítems inversos están indicados en letra cursiva.

Las escalas de esta versión exhiben una alta confiabilidad interna, con valores de alfa de Cronbach que varían entre .78 y .81. Además, la versión muestra un ajuste aceptable al

modelo teórico propuesto, con un índice de ajuste comparativo (CFI) de .88. En cuanto a las dimensiones individuales, cada una demuestra una excelente consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach que oscilan entre .92 y .98. En particular, las dimensiones de autoaceptación (alfa de Cronbach = .94), relaciones positivas (alfa de Cronbach = .98), autonomía (alfa de Cronbach = .96), dominio (alfa de Cronbach = .98), crecimiento personal (alfa de Cronbach = .92) y propósito en la vida (alfa de Cronbach = .98) presentan una consistencia interna destacada. Esto indica que las escalas que evalúan estas dimensiones son muy confiables y adecuadas para medir con precisión el bienestar psicológico en estas áreas.

f) Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)

La Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional, TMMS-24, la desarrolló Fernández et al. (2004) a partir del instrumento TMMS-48, creado por Salovey et al. (1995) en inglés. La versión en español evalúa tres aspectos:

1. Atención a los sentimientos: Capacidad para percibir y expresar emociones de manera adecuada.
2. Claridad: Comprensión de las propias emociones.
3. Regulación emocional: Habilidad para gestionar adecuadamente los estados emocionales.

La escala, compuesta por 24 afirmaciones, utiliza una escala de Likert de cinco puntos, donde 1 representa "Totalmente en desacuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo". Esta escala permite medir dos dimensiones clave: la claridad, definida como la comprensión de las propias emociones, y la regulación emocional, entendida como la habilidad para gestionar adecuadamente los estados emocionales. De acuerdo con Fernández et al. (2004), se establecen tres niveles de inteligencia emocional en función de puntuaciones mínimas y

máximas. Para calcular la puntuación en cada dimensión de la inteligencia emocional (atención, claridad y regulación), se suman los puntajes obtenidos en los ítems correspondientes. Los ítems del 1 al 8 se suman para obtener la puntuación de atención emocional, del 9 al 16 para claridad emocional y del 17 al 24 para regulación emocional. Finalmente, se compara este puntaje con una tabla de referencia específica para cada género.

La escala original ha demostrado validez mediante análisis factorial exploratorio en una muestra española y presenta un coeficiente alfa de Cronbach adecuado ($\alpha = .81$). Los coeficientes de confiabilidad para las dimensiones de atención ($\alpha = 0.84$), claridad ($\alpha = .830$) y regulación ($\alpha = .80$) son consistentes. Además, las correlaciones test-retest después de 4 semanas muestran resultados aceptables para las tres dimensiones (atención: $r = .60$; claridad: $r = .70$; regulación: $r = .33$), lo que indica estabilidad temporal de las puntuaciones (Fernández-Berrocal et al., 2004).

g) Escala de Evaluación de Recursos Familiares (FAD)

El Indicador de Evaluación Familiar McMaster (FAD), desarrollado originalmente por Epstein et al. (1983), el cual permite obtener el funcionamiento familiar a través de siete dimensiones:

- 1.- Solución de problemas se refiere a la capacidad de la familia para afrontar de manera efectiva situaciones que amenazan su integridad y funcionalidad. a un nivel que mantiene el funcionamiento familiar efectivo (6 ítems).
- 2.- Comunicación se entiende como el intercambio de ideas entre los integrantes de una familia. La atención se centra en sí, los mensajes verbales son claros con respecto al

contenido y directos en el sentido de que la persona a la que se habla es la persona a quien se dirige el mensaje (9 ítems).

3.- Roles, este se centra en determinar si la familia ha establecido modelos de conducta para gestionar una serie de funciones familiares que incluyen la provisión de recursos, la crianza y el apoyo, el apoyo al desarrollo personal, el mantenimiento y la gestión de los sistemas familiares y la satisfacción sexual adulta. Además, la evaluación de la dimensión de roles incluye considerar si las tareas se asignan de manera clara y justa entre los miembros familiares, así como si la familia las realiza de manera responsable (11 ítems).

4.- Capacidad de respuesta afectiva, evalúa en qué medida los miembros individuales de la familia experimentan el afecto adecuado ante estímulos (6 ítems).

5.- La implicación afectiva se caracteriza por el nivel de interés y aprecio que los miembros de la familia demuestran hacia las actividades y preocupaciones de otros integrantes del grupo familiar. Las familias más sanas tienen niveles intermedios de implicación, ni demasiada ni muy poca (7 ítems).

6.- Control del comportamiento, que evalúa la forma en que una familia expresa y mantiene normas para el comportamiento de sus miembros. Se evalúa el comportamiento en situaciones de distinto tipo (peligrosas, psicológicas y sociales), así como los diferentes patrones de control se consideran flexibles, rígidos, laissez-faire y caóticos (9 ítems).

7.- Funcionamiento general, se evalúa la salud/patología general de la familia (12 ítems).

El cuestionario consta de 60 ítems, los cuales contiene cuatro opciones de respuesta de 1 = Completamente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = En desacuerdo y 4 = Completamente en desacuerdo. Las subescalas se calculan por el promedio de los ítems para cada subescala y las puntuaciones más bajas reflejan un mejor funcionamiento familiar. Por lo tanto, la escala describe las propiedades estructurales y organizacionales del grupo familiar y los

patrones de transacciones entre los miembros de la familia que se han encontrado para distinguir entre familias saludables y no saludables.

De acuerdo con los resultados globales, se han obtenido diferentes coeficientes de confiabilidad, específicamente para la solución de problemas .74, Comunicación .75, Roles .72, Capacidad de respuesta afectiva .83, Implicación afectiva .78, Control de comportamiento .72 y Funcionamiento general .92, y las subescalas están moderadamente correlacionadas entre sí .37- .76. El FAD fue utilizado en un grupo de hispanos viviendo en los Estados Unidos, alcanzando una consistencia interna de .93 (Aarons et al., 2007). En cuanto a su traducción y adaptación para una muestra no clínica en España, se registró una consistencia interna del alfa de Cronbach de .93 (Barroilhet et al., 2009).

Los instrumentos contienen términos y secciones que son comprensibles y claros para los participantes. Teniendo en cuenta que la selección de estos no implica mayor riesgo para los participantes que otros conocidos que pudieran conducir a resultados similares.

3.12 Análisis de Datos Preliminar

Durante la etapa inicial del análisis de datos, se llevó a cabo una revisión preliminar exhaustiva para garantizar la calidad y confiabilidad de la información utilizada en la investigación. Esta revisión tuvo como objetivo identificar y eliminar cualquier dato que pudiera afectar negativamente la validez o la generalización de los resultados.

3.13 Análisis de Datos

Para Para alcanzar los objetivos de este estudio, se implementaron análisis estadísticos descriptivos, incluyendo medidas de tendencia central, de dispersión, coeficiente alfa de Cronbach y correlación de Pearson, para comprender en detalle las características de la muestra. Además, se utilizaron análisis comparativos, como la prueba *t* de Student para

muestras independientes, para examinar las diferencias entre los participantes en relación con el comportamiento de las variables. Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple para identificar los factores más significativos que predicen una mejora en la CdV. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software SPSS-23.

3.14 Consideraciones Éticas

a) Consentimiento Informado

En esta investigación se ha garantizado el consentimiento informado de los participantes, siguiendo las estrictas normas éticas y legales establecidas en los artículos 28 a 58 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se proporcionó información completa y transparente, se verificó la comprensión y capacidad de decisión de los participantes, y se obtuvo el consentimiento por escrito. La investigación no involucra a menores de edad, por lo que no fue necesario obtener el consentimiento informado.

Se implementaron medidas para garantizar la confidencialidad de los datos y la protección de los participantes durante todo el proceso. El investigador estuvo atento a cualquier eventualidad que pudiera afectar su bienestar o salud, y no se ofrecieron incentivos económicos que pudieran sesgar sus respuestas.

En conjunto, el proceso de consentimiento informado y la protección de los participantes se han llevado a cabo con el máximo rigor, asegurando que la investigación se realice de manera ética y responsable, sin poner en riesgo a ninguno de los participantes. El formato de consentimiento informado y los guiones para las explicaciones se diseñaron considerando cultura, lenguaje, contexto, y el nivel cognoscitivo de los participantes (Anexo 1).

Para reclutar a las personas se elaboró un folleto el cual señala los posibles beneficios esperados sin exagerarlos y sin garantizar resultados, por lo que la información proporcionada en el material de reclutamiento no contiene información que pueda influir indebidamente en la persona para que acepte participar en la investigación. También este material fue elaborado tomando en cuenta las normas culturales, políticas y sociales de los participantes, de su comunidad y la normatividad vigente (Anexo 2). Finalmente, el consentimiento informado se entregará de forma física y sin coacción para que lo firmen y lo entreguen al investigador.

b) Inclusión y Consideración de los Documentos Normativos Nacionales e Internacionales Referentes al Área de la Investigación

Este estudio consideró diversas normativas y directrices éticas a nivel nacional e internacional en el pasado, con el propósito de proteger la integridad, seguridad y bienestar de los participantes. Asimismo, se veló por los intereses sociales y científicos que otorgan importancia a esta investigación.

Primeramente, se tomó en cuenta el Código de Núremberg, el cual tuvo como mérito ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el consentimiento informado, dando así autonomía al paciente al brindarle la libertad para poner fin a un experimento o investigación (Comisión Nacional de Bioética, 2022).

En segundo lugar, se consideró la Declaración de Helsinki que, a diferencia del Código de Núremberg, se centraba en la necesidad de balancear los riesgos y beneficios, pero sin dejar de lado la participación voluntaria de los sujetos de investigación (Asociación Médica Mundial, 2017).

El tercer documento referido fueron las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación en Salud con Seres Humanos. Estas pautas mostraban los principios éticos a seguir en la investigación con humanos, uniendo la investigación con la salud y dando lugar a investigaciones biomédicas, que generan mayores controversias desde un punto de vista ético. Se destacó la importancia de salvaguardar los derechos y el bienestar de personas vulnerables, en particular de las personas enfermas (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2017).

El cuarto documento considerado fue el Informe de Belmont, el cual mencionaba el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia (Comisión Nacional de Bioética, 2022b; Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, 2017).

Además, se siguió lo establecido en el quinto título, capítulo único, relacionado con la investigación en salud de la Ley General de Salud, así como los artículos del 13 al 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. Estos establecían que toda investigación debía adherirse a los principios científicos y éticos para abordar problemas de salud, garantizando la protección de los derechos, así como el bienestar físico y mental de los participantes. Estos participantes, informados mediante consentimiento informado sobre los propósitos, procedimientos y posibles beneficios de la investigación, tenían la libertad de decidir participar o retirarse en cualquier momento (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014).

También se cumplió con el Estatuto Universitario de la Universidad Autónoma del Estado de México, que subraya el compromiso de llevar a cabo investigaciones de alta calidad que beneficien a la comunidad, tanto en el ámbito social como científico. Además, se destacó la responsabilidad de los investigadores en cuanto a la protección de los datos, la integridad y el respeto ético durante el estudio, asegurando un trato digno y adhiriéndose a

los principios de libertad y pluralidad establecidos por la legislación universitaria (Universidad Autónoma del Estado de México, 2017).

Finalmente, todos estos documentos buscaron resguardar la intimidad de la persona y la confidencialidad de la información brindada, bajo su propia voluntad expresada a partir del consentimiento informado. En el documento detallaban los objetivos de la investigación, permitiendo así que el participante decidiera si deseaba participar o no. También se garantizaba el derecho a recibir los resultados y a corregir cualquier información personal que fuera incorrecta, falsa o pudiera generar malentendidos sobre su participación.

3.15 Limitaciones

Limitaciones generales:

El acceso a las instalaciones se restringió debido a cuestiones políticas, lo que limitó la disponibilidad de tiempo y la participación de PM para responder.

Limitaciones metodológicas:

La muestra no fue completamente heterogénea, debido a que predominaban las mujeres en la institución, y los rangos de edad mostraban variaciones. Es necesario tener en cuenta un diseño longitudinal en lugar de transversal para evaluar la CdV y cómo esta cambia con el paso del tiempo. Es necesario incorporar otras variables clínicas, tales como la nutrición, la situación económica y la espiritualidad, entre otras.

Limitaciones en la aplicabilidad de los resultados:

El contexto de la investigación ejerce influencia, debido a que las PM que asisten a esta institución son en su mayoría independientes. Esto podría restringir la aplicabilidad de los resultados a diferentes contextos o grupos de población.

Capítulo IV. Análisis de Resultados. La Calidad de Vida en las Personas

Mayores de la Casa de Día en el Valle de Toluca

Este apartado presenta y analiza los resultados del estudio sobre la CdV en PM, en relación con su bienestar psicológico, funcionamiento familiar, inteligencia emocional y aptitud física. El análisis se basa en los datos recopilados y procesados durante la investigación, con el objetivo de responder a la pregunta de investigación y examinar las hipótesis planteadas.

El análisis de resultados se enfoca en datos sociodemográficos, comparativos, correlación y regresión múltiple jerárquica, cada una de las cuales aborda aspectos específicos relacionados con la CdV de las PM.

En esta sección se realiza un análisis profundo de los datos, buscando identificar patrones, tendencias y relaciones entre las variables estudiadas. Este análisis exhaustivo permite obtener una comprensión más completa y detallada del fenómeno en cuestión.

Además de exponer los resultados obtenidos, se ofrece una interpretación crítica de los mismos, contextualizándolos en el marco teórico existente y debatiendo su relevancia en relación con la literatura revisada. Se destacan las contribuciones originales de la investigación y se detallan posibles repercusiones prácticas y teóricas.

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis Descriptivo de las Variables Sociodemográficas

En este apartado se presentan datos descriptivos de las variables medidas en el apartado sociodemográfico aplicado a PM que asisten a la Casa de Día del Sistema el Desarrollo

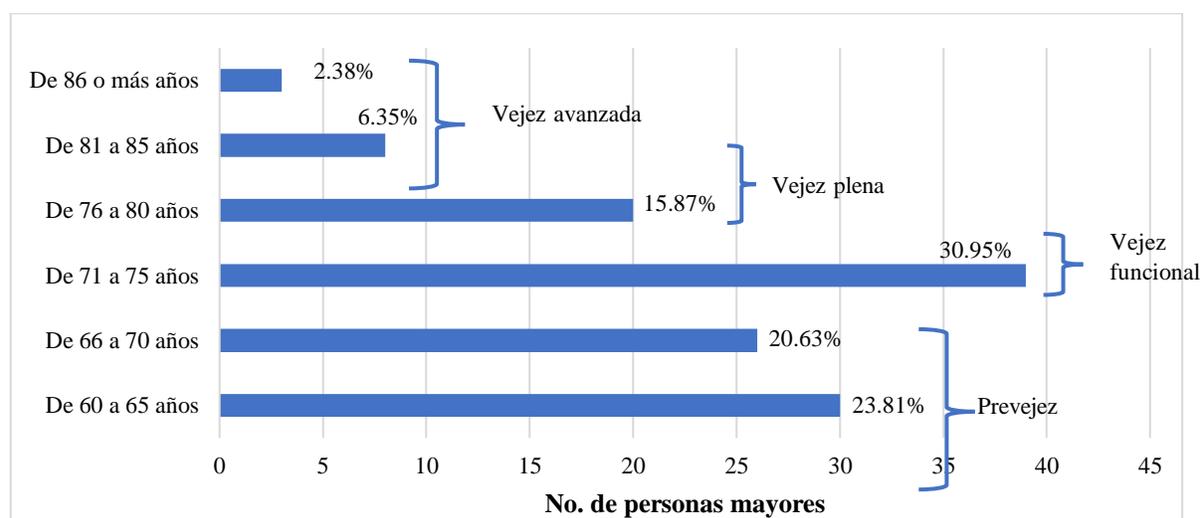
Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) de 15 de agosto al 22 de diciembre del 2023.

La muestra fue de 126 PM, donde se identificó que el género femenino predomina con el 82.54% respecto del género masculino con un 17.46%. De la misma manera, la edad que más se repite es de 72 años, el promedio de edad de los entrevistados es de 71.33, con una DE 6.55 y una mediana de 71 años. Además, se registró una edad mínima de 60 años y una máxima de 89 años.

Según los datos generales, se hizo una clasificación por rangos de edad y se consideró criterios del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014) para ver la etapa de vejez predominada. Bajo este mismo criterio, podemos establecer que un 51.58% se encuentra en una etapa de vejez funcional y un 8.73% se encuentra en la etapa de vejez avanzada (Figura 4).

Figura 4

Clasificación de subgrupos por edad de las personas mayores



Nota. Clasificación de subgrupos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2014).

Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición, agosto –diciembre 2023.

Al analizar las respuestas, se constató que la mitad de las PM son solteras, representando un 51.59%. Le siguen los casados con un 42.06%, los separados con un 4.76%, y solo el 1.59% se encuentra en unión libre. En cuanto a la religión, el 88.10% de la muestra profesa la fe católica como principal, seguida por el 8.73% que profesa la religión cristiana. Posteriormente, el 2.38% son Testigos de Jehová, y solo el 0.79% profesa el judaísmo. Respecto al conocimiento básico, el 90.98% de la muestra está alfabetizado, lo que implica que solo el 8.73% no sabe leer ni escribir. Respecto a la escolaridad, el 61.11% de las PM ha cursado como mínimo hasta el nivel de preparatoria, indicando que el 33.33% ha alcanzado niveles educativos más altos, siendo la Maestría el nivel educativo más alto alcanzado. Además, un 5.56% aún no posee ningún nivel de estudio (Tabla 2).

Tabla 2.

Frecuencias y porcentaje de datos básicos

Información sociodemográfica		Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Casado	53	42.06%
	Soltero	65	51.59%
	Unión libre	2	1.59%
	Separado	6	4.76%
Religión	Católica	111	88.10%
	Cristiana	11	8.73%
	Testigo de Jehová	3	2.38%
	Judaísmo	1	0.79%
Conocimiento básico	Analfabeta	11	8.73%
	Alfabetizada	115	91.27%
Escolaridad	Sin estudios	7	5.56%
	Primaria	31	24.61%
	Secundaria	30	23.81%
	Preparatoria	16	12.7%

Carrera técnica completa	27	21.43%
Licenciatura completa	12	9.52%
Maestría completa	3	2.38%

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

El 60.32% de las PM cohabita con una persona, seguido por el 23.81% que reside solo, mientras que el 7.14% vive con dos personas, el 4.76% con tres personas y el 3.97% vive con 4 personas. En general, las PM viven con su cónyuge, hijo(a) o nieto(a). En relación con el apoyo emocional que reciben, las PM son mayormente apoyadas por su familia, después por el cónyuge y amigos, aunque también 14 PM que no perciben un apoyo emocional (Tabla 3).

Tabla 3.

Recepción de apoyo emocional hacia la persona mayor

Información sociodemográfica		Frecuencia
Apoyo emocional	Nadie	15
	Cónyuge	19
	Familia	87
	Amigos	19
	Vecinos	7
	Recursos propios	5
	Entidades estatales o federales	5
	Otros	3

Nota. La tabla representa quién les da apoyo emocional, se realiza una tabla de frecuencia debido a que las personas mayores podían escoger más de una opción. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

La seguridad social de las PM para servicios de salud es proporcionada mayormente por el Instituto Mexicano Del Seguro Social (IMSS) con un 57.14%, el 19.05% tiene Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), el 6.35% Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el 2.38% asiste con

un médico particular y el 1.59% está dado de alta en Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Además, el 3.17% de las PM tiene otro servicio de salud diferente a los mencionados, y un 10.32 % no tiene ningún servicio de salud. Asimismo, el 55.74% de las PM asisten a consulta cada mes, mientras el 4.92% no asiste al médico.

Así mismo, el 41.27% de las PM presentan una patología, el 31.75% presenta dos patologías, el 7.14% tres patologías, el 4.76% padece más de cuatro patologías, y solo el 15.08% no presenta ninguna patología en esta etapa de la vida clasificaron como sanos, por lo que el 84.93% padecen alguna enfermedad y solo el 15.07% se encuentra sano.

De igual manera, se ha constatado que el mayor número de patologías que padecen las PM se refiere al sistema cardiovascular, en segundo lugar, al sistema endocrino y metabólico, y, en tercer lugar, al aparato locomotor. En concordancia con las respuestas del cuestionario, se puede constatar que las tres patologías más frecuentes son la hipertensión arterial, que afecta 59 PM, diabetes mellitus con 33 y osteoartritis con 24 (Tabla 4).

Tabla 4.

Frecuencia de patologías

Aparato y sistemas	Patología	Frecuencia
Sistema cardiovascular	Hipertensión arterial	59*
	Arteriosclerosis	1
	Arritmia cardiaca	2
	Migraña	2
	Trombosis	1
	Venas varicosas	1
Sistema endocrino y metabólico	Prediabetes	7
	Diabetes mellitus	33*
	Hipotiroidismo	7
	Hipertiroidismo	1
Aparato locomotor	Osteoartritis	24*
	Osteopenia	8
	Osteoporosis	10

	Escoliosis	1
	Hernia discal	1
Aparato digestivo	Hernia hiatal	2
	Gastritis	6
	Enfermedad de Crohn	1
	Colitis nerviosa	1
	Intestino perezoso	1
Aparato respiratorio	Fibrosis pulmonar	1
	Asma	2
	EPOC	1
	Rinitis alérgica	1
	Apnea del sueño	2
Aparato reproductivo	Insuficiencia renal	2
	Cáncer de próstata	1
	Hiperplasia prostática benigna	1
Sistema nervioso y órganos sensoriales	Glaucoma	2
	Cataratas	2
	Síndrome del ojo seco	1
	Síndrome Menier	1
	Hipoacusia	1

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

Asimismo, en el ítem de si han tenido atención psicológica durante los últimos seis meses, resultó sorprendente al constatar que solo el 18.25% de las PM mencionan que poseen un diagnóstico de ansiedad, depresión y síndrome de burnout. No obstante, se evidencia que la mayoría de los individuos carecen de conocimiento acerca del diagnóstico, mientras que el 81.75% de las PM no reciben atención psicológica.

El 92.06% de las PM no utiliza ningún auxiliar geriátrico, evidenciando que el 7.94% dependen de asistencia, siendo el 4.76% quienes utilizan bastón y el 3.18% optan por auxiliares auditivos. En cuanto a las alteraciones que afectan la marcha y el equilibrio, el 63.49% no experimenta ninguna alteración, sin embargo, el 11.90% reporta vértigo, el

11.11% presenta mareo, el 8.73% sufre de cifosis, el 3.17% experimenta síncope y el 1.60% manifiesta otras alteraciones distintas a las mencionadas anteriormente.

En cuanto al análisis del apartado de ejercicio físico, se observa que el 93.65% de las PM realizan ejercicio físico mientras que el 6.35% no realiza ningún tipo de ejercicio físico. Asimismo, las PM que ejecutan algún tipo de ejercicio físico expresaron que solo el 45.24% lo realiza con regularidad en un solo ejercicio, el 29.37% lleva a cabo dos ejercicios físicos, el 12.70% tres ejercicios, el 4.76% cuatro ejercicios y el 1.59% llevan a cabo 5 ejercicios. Además, se determinó que el 67.46% de las PM practican ejercicio físico mínimo durante cuatro días a la semana. De igual manera, el 70.63% realiza máximo 150 minutos de ejercicio físico, y la principal razón por cuál realizan ejercicio físico con un 70.63% es la salud, seguido por un 21.43% por diversión y sólo el 1.59% para continuar trabajando (Tabla 5).

Tabla 5.

Datos sociodemográficos: información sobre ejercicio físico

Información datos sociodemográficos	Cantidad	Frecuencia	Porcentaje
Número de Ejercicios Físicos	Ninguno	8	6.35%
	Uno	57	45.24%
	Dos	37	29.37%
	Tres	16	12.70%
	Cinco	6	4.76%
	Cinco	2	1.59%
Frecuencia de días a la semana que realiza ejercicio	N/A	8	6.35%
	1 día	3	2.38%
	2 días	53	42.06%
	3 días	13	10.32%
	4 días	16	12.70%
	5 días	17	13.49%
	6 días	3	2.38%
	7 días	13	10.32%
Tiempo que realiza ejercicio	N/A	8	6.35%

	Menos de 30 min.	11	8.73%
	De 31 min-60 min.	40	31.75%
	61 min. - 90 min.	30	23.81%
	91 min. - 120 min.	17	13.49%
	121 min. - 150 min.	0	0.00%
	151 min. - 180 min.	11	8.73%
	181 min. - 210 min.	0	0.00%
	211 min. - 240 min.	6	4.76%
	241 min. - 270 min.	0	0.00%
	271 min. - 300 min.	3	2.38%
Razones por las que realiza ejercicio	N/A	8	6.35%
	Diversión	27	21.43%
	Salud	89	70.63%
	Trabajo	2	1.59%

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

Al examinar el nivel laboral de las PM, se encontró que muchos de ellos desempeñaban más de un trabajo. Se elaboró una tabla de frecuencias que refleja que 62 PM desempeñaban un trabajo no remunerado como amo(a) de casa, 46 eran empleados, 22 se dedicaban al comercio, 17 profesionistas, y en el quinto lugar 6 personas eran empresarios, mientras que las últimas 5 hacían ocupaciones distintas a las mencionadas.

De manera semejante, se llevó a cabo una evaluación sobre la ocupación actual, revelando que 95 PM desempeñan actualmente un trabajo no remunerado como amo(a) de casa, seguido por 28 personas jubiladas, 19 comerciantes, 9 empresarios, cinco empleados y 10 personas que actualmente no están trabajando (Tabla 6).

Tabla 6.

Nivel laboral de las personas mayores

Nivel laboral	Ocupación	Frecuencia
Nivel laboral anterior	Trabajo no remunerado. Amo(a) de casa	62
	Profesionista	17
	Comerciante	22
	Empresario(a)	6

	Empleado(a)	46
	Otro	5
Nivel laboral actual	Trabajo no remunerado. Amo(a) de casa	95
	Profesionista	3
	Comerciante	19
	Empresario(a)	9
	Empleado(a)	5
	Jubilado	28
	Ninguno	10

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

Se observa que la mayor fuente de ingresos monetarios para las PM proviene de la pensión federal que reciben. En segundo lugar, se encuentran las personas que tienen jubilación, en tercer lugar, mediante su trabajo, en cuarto lugar, por el respaldo de sus hijos, en quinto lugar, por la viudez, en sexto lugar, por el cónyuge, y solo cuatro individuos reciben otro respaldo distinto, mientras que ocho individuos afirman no tener ninguna fuente de ingresos. Se ha constatado que el 6.35% de las PM carecen de ingresos actuales, siendo el 48.41% de ellos quienes ostentan un ingreso, mientras que el 32.54% cuenta con dos ingresos económicos, el 11.90% cuenta con tres ingresos y el 0.79% cuenta con cuatro ingresos. Además, se evaluó que el 46% de las PM gastan menos de \$4,999 cada mes. El 35.25% de las PM gasta de \$5,000 a \$9,999, mientras que el 14.76% gasta más de \$10,000 a \$15,499, mientras que el 3.28% gasta más de \$15,500. Asimismo, el 11.11% de las PM describe su situación económica como excelente, el 5.56% como muy buena, el 71.46 % como buena, el 10.32% como mala y el 1.59% como muy mala.

4.1.2 Análisis Descriptivos

Se presentan los resultados de la percepción de la CdV en las PM (N=126), medida a través del cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados se presentan de forma desglosada por dimensión.

La CdV general presenta una media de 102.93, indicando un nivel de satisfacción de su CdV. La variación en los puntajes totales de la población se sitúa entre 61 y 129 puntos. En promedio, las PM perciben su CdV con una puntuación de 7.92 en una escala del 1 al 10.

Se destaca que la dimensión de relaciones sociales obtiene el puntaje más bajo, con 7.69, mientras que la dimensión de medioambiente es la mejor valorada, con un puntaje de 8.25. Estos resultados subrayan la necesidad de intervenir en el área de relaciones sociales, mientras que evidencian una satisfacción relativamente alta con el entorno ambiental.

Es importante señalar que la percepción general de CdV y salud se evalúa con una interrogante, lo que sugiere que mejorar otras dimensiones podría influir en estas dimensiones.

Además, se llevó a cabo un análisis descriptivo adicional utilizando el cuestionario de Calidad de Vida de los Adultos Mayores de la OMS (WHOQOL-OLD). Este análisis involucra la evaluación de varias métricas estadísticas con el fin de comprender la CdV percibida por las PM.

La CdV de las PM tiene una media de 91.27, lo que sugiere que experimentan un nivel moderado de satisfacción con su CdV. La variabilidad en los puntajes totales de la población oscila entre 24 y 120 puntos. En promedio, las PM perciben su CdV con una puntuación de 7.61 en una escala del 1 al 10.

Es importante resaltar que la dimensión de intimidad tiene el puntaje más bajo, con 6.19, mientras que la dimensión de habilidades sensoriales es la mejor valorada, con un puntaje de 8.37. Los resultados enfatizan la importancia de abordar las necesidades

relacionadas con la intimidad, y muestran una satisfacción relativamente alta con las habilidades sensoriales.

En la investigación sobre el bienestar psicológico en personas mayores, se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff para realizar un análisis que reveló seis dimensiones clave. Estas dimensiones son vistas como esenciales para lograr una vida plena y satisfactoria. Los puntajes totales en la muestra varían entre 39 y 234 puntos. El promedio del bienestar psicológico entre PM alcanza los 179.79 puntos, indicando un nivel general de satisfacción con su bienestar psicológico. En términos de percepción, las PM puntúan su bienestar psicológico en promedio con 7.68 en una escala del 1 al 10.

Es relevante observar que las dimensiones de relaciones positivas (6.98) y propósito de vida (6.97) presentan los puntajes más bajos, mientras que la dimensión de crecimiento personal recibe la puntuación más alta, con un valor de 8.92. Estos resultados destacan la importancia de centrar los esfuerzos en mejorar las áreas relacionadas con las relaciones interpersonales y el propósito de vida.

Al emplear la Escala de Rasgo de Metaconocimiento Emocional-24 (TMMS-24) para evaluar la inteligencia emocional en personas mayores, se obtuvo información clave sobre su percepción y manejo de las emociones, además de su nivel de conciencia emocional. Para este análisis, se consideraron dos dimensiones específicas de la escala. Los puntajes totales en la muestra varían entre 16 y 80 puntos.

El promedio de inteligencia emocional entre las PM es de 61.06 puntos, indicando un nivel elevado de concordancia con sus emociones, siendo que el puntaje promedio es de 7.63 en una escala del 1 al 10. Es importante señalar que la dimensión de claridad emocional

recibió el puntaje más bajo, con 7.98, mientras que la dimensión de regulación emocional logró una puntuación de 8.33.

En cuanto al funcionamiento familiar en PM, se han obtenido resultados a través de la Escala de Evaluación de Recursos Familiares (FAD). Esta herramienta, que consta de siete dimensiones, facilita la identificación de áreas de fortaleza y debilidad, así como el apoyo emocional y los entornos de cuidado en las familias de las PM.

El nivel de funcionamiento familiar entre las PM tiene una media de 117.37, lo que indica un nivel saludable en general. En esta escala, a medida que aumenta el puntaje, se sugiere una mayor disfunción familiar. La variabilidad en los puntajes totales varía entre 60 y 240 puntos. En promedio, las PM califican su funcionamiento familiar con 5.79 en una escala del 1 al 10.

Es importante destacar que la dimensión menos favorable es la respuesta afectiva, con una puntuación de 5.48, mientras que la resolución de problemas es la dimensión mejor evaluada, con 4.13. Estos hallazgos proponen que las intervenciones deben dirigirse a mejorar la respuesta afectiva.

En cuanto a la aptitud física en las PM, se evaluó con la batería de pruebas del Senior Fitness Test (SFT), que consta de seis dimensiones. Estas dimensiones se analizan para determinar la habilidad de los mayores para realizar actividades diarias seguras, autónomas y sin cansancio excesivo (Tabla 7).

Tabla 7*Estadísticos descriptivos las variables y dimensiones en el total de las personas mayores*

Dimensiones	M	DE	Mín.	Máx.	Re-E
Calidad de vida general					
Percepción general de calidad de vida	3.79	0.81	1	5	7.57
Percepción general de salud	3.75	1.08	1	5	7.51
Salud física	26.99	4.65	12	35	7.71
Salud psicológica	23.85	4.33	11	30	7.95
Relaciones sociales	11.53	2.06	3	15	7.69
Medioambiente	33.02	4.57	18	42	8.25
Calidad de vida general	102.93	13.76	61	129	7.92
Calidad de vida en la persona mayor					
Habilidades sensoriales	16.74	2.51	8	20	8.37
Autonomía	15.59	3.32	5	20	7.79
Actividades pasadas, presentes y futuras	15.69	3.05	7	20	7.85
Participación Social	15.38	2.98	5	20	7.69
Muerte/Agonía	15.5	3.58	5	20	7.75
Intimidad	12.37	3.74	4	20	6.19
Calidad de vida persona mayor total	91.27	13.35	59	120	7.61
Bienestar psicológico					
Autoaceptación	28.8	5.79	12	36	8
Relaciones positivas	25.12	7.63	7	36	6.98
Autonomía	34.18	6.26	15	46	7.12
Dominio del entorno	30.33	5.2	16	36	8.43
Propósito de vida	29.25	6.54	8	36	6.97
Crecimiento personal	32.1	6.37	11	42	8.92
Bienestar psicológico total	179.79	28.2	96	230	7.68
Inteligencia emocional total					
Claridad emocional	31.9	6.9	15	40	7.98
Regulación emocional	33.33	5.83	16	40	8.33
Inteligencia emocional total	61.06	10.61	32	75	7.63
Funcionamiento familiar					
Solución de problemas	9.91	2.99	6	18	4.13
Comunicación	18.94	5.37	9	32	5.26
Respuesta afectiva	13.16	3.91	6	23	5.48
Implicación afectiva	14.03	4.26	7	26	5.01
Control de comportamiento	16.38	4.85	9	27	4.55
Roles	23.07	6	11	42	5.24

Funcionamiento Familiar General	21.88	6.83	12	40	4.56
Funcionamiento Familiar Total	117.37	26.18	69	167	5.79

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición

4.1.3 Análisis Comparativos

Con el propósito de investigar el impacto del nivel educativo, se llevaron a cabo dos ANOVAS de una vía utilizando como variables dependientes el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar. Como podemos observar, las PM se clasificaron en 7 niveles de estudio (sin estudios, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura y maestría). Se encontraron diferencias significativas en lo que se refiere al bienestar psicológico ($F(6,119) = 3.20; p = .006$) y al funcionamiento familiar ($F(6,199) = 3.05; p = .008$). Conforme aumenta la media del nivel de estudio, se observa un incremento en la media del bienestar psicológico, excepto en la carrera técnica, donde se identificó una disminución en la media del bienestar psicológico frente a la de la preparatoria. En comparación con los niveles más altos de estudios, se observa una disminución en la media del funcionamiento familiar, aunque hay que recordar que el instrumento de funcionamiento familiar tiene una puntuación inversa (Tabla 8).

Para investigar el efecto por grupos de edad, se realizaron otras tres ANOVAS de una vía, con variables dependientes el bienestar psicológico, la inteligencia emocional y el funcionamiento familiar. Como se puede apreciar, las PM se clasificaron en cuatro grupos (prevejez, vejez funcional, vejez plena y vejez avanzada). Se hallaron diferencias significativas en el bienestar psicológico ($F(3,122) = 3.93; p = .010$), la inteligencia emocional ($F(3,122) = 3.26; p = .024$) y el bienestar familiar ($F(3,1226) = 2.80; p = .043$). Las comparaciones evidencian que, a medida que se pasa a otro grupo de edad, se puede constatar una disminución en la media del bienestar psicológico. Asimismo, el grupo de vejez

funcional es el que exhibe una media más alta en la inteligencia emocional, y a partir de ese grupo de edad, la media de la inteligencia emocional se reduce. Por último, en el grupo de la vejez funcional se evidencia una media mayor en el funcionamiento familiar, recordando que en el instrumento de funcionamiento familiar las puntuaciones más bajas indican un nivel mayor de funcionamiento familiar (Tabla 9).

Tabla 8.

Efectos del nivel educativo

Variables		Bienestar psicológico	Funcionamiento familiar
Sin estudios	<i>M</i>	164.00	133.86
	<i>DE</i>	27.07	12.27
Primaria	<i>M</i>	167.39	126.97
	<i>DE</i>	32.96	27.71
Secundaria	<i>M</i>	182.97	116.03
	<i>DE</i>	19.6	27.37
Preparatoria	<i>M</i>	184.44	102.88
	<i>DE</i>	22.78	22.17
Carrera técnica	<i>M</i>	181.33	118.15
	<i>DE</i>	29.85	24.54
Licenciatura	<i>M</i>	194.25	111.59
	<i>DE</i>	24.33	21.65
Maestría	<i>M</i>	216.67	86.67
	<i>DE</i>	3.79	14.74
Efectos		$F(6) = 3.20; p = .006$	$F(6) = 3.05; p = .008$

Nota. DE = Desviación estándar. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición

Tabla 9.*Efectos por grupos de edad*

Variables		Bienestar psicológico	Inteligencia emocional	Funcionamiento familiar
Prevejez	<i>M</i>	190.5	61.47	116.2
(60-65 años)	<i>DE</i>	20.123	8.448	25.689
Vejez funcional	<i>M</i>	181.02	63.06	112.94
(66-75 años)	<i>DE</i>	30.03	10.341	25.531
Vejez plena	<i>M</i>	167.7	58	131.65
(76-80 años)	<i>DE</i>	23.331	12.896	26.12
Vejez avanzada	<i>M</i>	165.36	53.73	120.82
(81 o más años)	<i>DE</i>	32.98	9.829	25.313
Efectos		$F(6) = 3.93; p = .010$	$F(6) = 3.26; p = .024$	$F(6) = 2.80; p = .043$

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición

4.1.4 Análisis de Correlación

Para identificar las correlaciones entre las variables del estudio, se utilizaron técnicas de estadística inferencial, aplicando el análisis de correlación de Pearson con un nivel de significancia de 0.05 y un intervalo de confianza del 95%. Primero, se evaluaron las correlaciones bivariadas entre la variable de calidad de vida, medida con el World Health Organization Quality of Life-Bref, y las demás variables del estudio (Tabla 10).

Los resultados indican que la CdV global y las dimensiones del bienestar psicológico presentan correlaciones positivas y estadísticamente significativas. Las tres correlaciones más destacadas son entre la CdV y la autoaceptación ($r = .67, p < .01$), el dominio del entorno ($r = .66, p < .01$) y el propósito de vida ($r = .64, p < .01$).

La CdV global reveló que la dimensión de la inteligencia emocional más significativa fue la reparación emocional ($r = .39, p < .01$). La CdV global se relaciona principalmente

con dos aspectos del funcionamiento familiar: los roles ($r = -.57, p < .01$), el funcionamiento general ($r = -.57, p < .01$).

Posteriormente, se analizaron correlaciones bivariadas entre la CdV medida por medio del World Health Organization Quality of Life of Older Adults y las otras variables de estudio (Tabla 11). Los hallazgos muestran que la CdV en las PM y las tres dimensiones del bienestar psicológico que presentan una mayor magnitud son con el control del entorno ($r = .71, p < .01$), propósito de vida ($r = .69, p < .01$) y la autoaceptación ($r = .68, p < .01$). Además, se identificó que la dimensión más significativa de la inteligencia emocional fue la recuperación emocional ($r = .44, p < .01$) La CdV en las PM está principalmente relacionada con dos dimensiones del funcionamiento familiar: los roles ($r = -.59, p < .01$) y el funcionamiento general ($r = -.58, p < .01$).

Tabla 10.

Correlación entre calidad de vida general, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar

	1	2	3	4	5	6	7
1 Percepción G. CdV	-						
2 Percepción G. Salud	.26**	-					
3 Salud física	.33**	.36**	-				
4 Salud psicológica	.50**	.37**	.66**	-			
5 Relaciones sociales	.37**	.14	.50**	.48**	-		
6 Medioambiente	.49**	.33**	.57**	.58**	.43**	-	
7 Calidad de vida	.57**	.46**	.86**	.86**	.64**	.82**	-
8 Autoaceptación	.37**	.31**	.53**	.58**	.47**	.57**	.67**
9 Relaciones positivas	.31**	.10	.29**	.37**	.45**	.31**	.41**
10 Autonomía	.29**	.17	.49**	.45**	.21*	.50**	.54**
11 Dominio del entorno	.45**	.20*	.54**	.55**	.53**	.56**	.66**
12 Propósito de vida	.35**	.26**	.57**	.57**	.42**	.49**	.64**

13 Crecimiento personal	.09	.02	.30**	.21*	.21*	.21*	.27**
14 Bienestar psicológico	.41**	.23**	.60**	.60**	.51**	.58**	.70**
15 Claridad emocional	.25**	-.03	.24**	.27**	.31**	.30**	.32**
16 Reparación emocional	.20**	.05	.31**	.40**	.43**	.24**	.39**
17 Inteligencia emocional	.25**	0.00	.32**	.38**	.42**	.31**	.41**
18 Solución de problemas	-.14	-.15	-.28**	-.24**	-.26**	-.29**	-.32**
19 Comunicación	-.36**	-.20	-.30**	-.41**	-.39**	-.35**	-.44**
20 Receptividad afectiva	-.32**	-.19*	-.22*	-.34**	-.26**	-.26**	-.34**
21 Implicación afectiva	-.36**	-.11	-.27**	-.30**	-.21*	-.33**	-.36**
22 Control de conducta	-.33**	-.17	-.30**	-.33**	-.23*	-.44**	-.42**
23 Roles	-.44**	-.28**	-.47**	-.46**	-.27**	-.54**	-.57**
24 Funcionamiento G.	-.48**	-.22*	-.41**	-.51**	-.46**	-.48**	-.57**
25 Funcionamiento familiar	-.48**	-.26**	-.44**	-.51**	-.4**	-.53**	-.59**

Nota. G = General CdV: Calidad de Vida. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

Tabla 11.

Correlación entre calidad de vida en la persona mayor, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar

	1	2	3	4	5	6	7
1 Habilidades Sensoriales	-						
2 Autonomía CdV	.32**	-					
3 Act. pasadas, presentes y futuras	.49**	.59**	-				
4 Participación social	.19*	.48**	.67**	-			
5 Muerte	.34**	.19*	.31**	.30**	-		
6 Intimidad	.33**	.43**	.52**	.38**	.20*	-	
7 Calidad de vida de las PM	.61**	.72**	.85**	.72**	.57**	.71**	-
8 Autoaceptación	.33**	.52**	.67**	.46**	.32**	.51**	.68**
9 Relaciones positivas	.32**	.31**	.38**	.23**	.25**	.32**	.43**
10 Autonomía	.21*	.47**	.48**	.34**	.20*	.18*	.45**
11 Dominio del entorno	.44**	.63**	.56**	.43**	.34**	.55**	.71**
12 Propósito de vida	.28**	.59**	.65**	.59**	.30**	.45**	.69**

13 Crecimiento personal	.23*	.28**	.30**	.34**	.07	.27**	.35**
14 Bienestar psicológico	.40**	.61**	.67**	.52**	.33**	.50**	.73**
15 Claridad emocional	.04	.44**	.31**	.34**	.20*	.33**	.41**
16 Reparación emocional	.15	.38**	.36**	.35**	.25**	.32**	.44**
17 Inteligencia emocional	.11	.48**	.39**	.40**	.25**	.37**	.49**
18 Solución de problemas	-.23*	-.50**	-.32**	-.26**	-.11	-.36**	-.43**
19 Comunicación	-.30**	-.50**	-.35**	-.23**	-.20*	-.31**	-.45**
20 Receptividad afectiva	-.21*	-.35**	-.27**	-.24**	-.22*	-.24**	-.37**
21 Implicación afectiva	-.44**	-.34**	-.35**	-.19*	-.31**	-.31**	-.46**
22 Control de conducta	-.26**	-.46**	-.38**	-.28**	-.25**	-.41**	-.50**
23 Roles	-.36**	-.51**	-.50**	-.37**	-.26**	-.46**	-.59**
24 Funcionamiento G.	-.44**	-.58**	-.40**	-.33**	-.26**	-.40**	-.58**
25 Funcionamiento familiar	-.43**	-.62**	-.49**	-.37**	-.31**	-.48**	-.65**

Nota. CdV = Calidad de vida Act. = Actividades PM = Personas Mayores G = General.
Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

En cuanto a los hallazgos de correlación con los datos biométricos, se halló que la frecuencia respiratoria se asocia de forma positiva con la CdV de manera general ($r = .18^*$, $p < .05$). De igual manera, la frecuencia respiratoria correlaciona de forma positiva con la CdV en las PM ($r = .20^*$, $p < .05$). De la misma forma, la frecuencia respiratoria correlaciona de forma negativa con el funcionamiento familiar ($r = .20^*$, $p < .05$). Es importante tener en cuenta que el instrumento de funcionamiento familiar tiene una dirección inversa; de esta manera, cuanta mayor puntuación, menor es el funcionamiento familiar. Por lo tanto, la correlación significa que se provee de una respiración tranquila y regular (Tabla 12).

Tabla 12.

Correlación entre calidad de vida en la persona mayor, bienestar psicológico, inteligencia emocional, funcionamiento familiar y valores biométricos

	1	2	3	4	5	6
1 Calidad de vida	-					
2 Calidad de vida de las personas mayores	.81**	-				
3 Bienestar psicológico	.70**	.73**	-			
4 Inteligencia emocional	.41**	.49**	.62**	-		
5 Funcionamiento familiar	-.59**	-.65**	-.67**	-.56**	-	
6 Frecuencia respiratoria	-.18*	-.20*	-.20*	-.10	.09	-

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

La aptitud física fue evaluada utilizando el Senior Fitness Test (SFT), encontrando que la dimensión de flexibilidad superior se asocia positivamente con el bienestar psicológico $r = .21^*$, $p < .05$. En contraste, la agilidad y el equilibrio mostraron una correlación negativa con la CdV en general $r = -.18^*$, $p < .05$ (Tabla 13).

Tabla 13.

Correlación entre calidad de vida en la persona mayor, bienestar psicológico, inteligencia emocional, funcionamiento familiar y aptitud funcional

	1	2	3	4	5	6	7
1 Calidad de vida	-						
2 Calidad de vida de las PM	.81**	-					
3 Bienestar psicológico	.70**	.73**	-				
4 Inteligencia emocional	.41**	.49**	.62**	-			
5 Funcionamiento familiar	-.59**	-.65**	-.67**	-.56**	-		
6 Flexibilidad superior	.03	.13	.21*	.07	-.12	-	
7 Agilidad y equilibrio	-.18*	-.15	-.16	-.02	.06	-.27**	-

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

PM = personas mayores. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

En cuanto a los datos sociodemográficos, con base en la significancia obtenida en los análisis de correlaciones, se incluyó la descripción de la situación económica en la que los mayores valoraron subjetivamente su estado económico, además de la inclusión del nivel de estudios con el que cuentan. Posteriormente, se calcularon las medias, desviaciones estándar e intercorrelaciones entre las variables de estudio (Tabla 14).

Tabla 14.

Intercorrelaciones entre variables de estudio.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Situación económica	-							
2 Nivel de estudio	-.01	-						
3 Calidad de vida	-.26**	.18*	-					
4 Calidad de vida de las PM	-.29**	.21*	.81**	-				
5 Bienestar psicológico	-.30**	.32**	.70**	.73**	-			
6 Inteligencia emocional	-.22*	.02	.41**	.49**	.62**	-		
7 Funcionamiento familiar	.28**	-.26**	-.59**	-.65**	-.67**	-.56**	-	
8 Aptitud física	.03	-.12	-.13	-.02	.04	.04	-.05	-

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

PM = personas mayores. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

4.1.5 Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica

Con el objetivo de comprender los factores que influyen en la CdV de manera más profunda, se realizó un análisis de regresión múltiple jerárquica. En primer lugar, se incluyeron variables demográficas, tales como la situación económica y el nivel de estudios, variables estadísticamente significativas en el análisis univariante, que representan el 9.8% de la varianza en la CdV. En segundo lugar, se añadió al modelo el predictor de la inteligencia emocional y se relacionó de manera positiva con la CdV, explicando el 22% de la varianza

($\beta = 0.36$, $P < 0.001$). En tercer lugar, se añadió la aptitud física, explicando el 24% de la varianza, sin embargo, no fue significativo ($\beta = -0.11$). En cuarto lugar, se incorporó el funcionamiento familiar, el cual se asoció negativamente con la CdV, explicando el 39% de la varianza ($\beta = -0.51$, $P < 0.001$), pero es importante recordar que el instrumento de funcionamiento familiar tiene una dirección inversa; por lo cual, a mayor puntuación, menor es el funcionamiento familiar. Además, en última instancia, se añadió el bienestar psicológico, el cual se relacionó de manera positiva explicando el 56% de la varianza ($\beta = 0.63$, $P < 0.001$). Tras incorporar el funcionamiento familiar y el bienestar psicológico, la aptitud física fue significativa para la CdV, mientras que la inteligencia emocional y las variables demográficas disminuyeron perdiendo su significancia. Los resultados de la regresión múltiple jerárquica otorgan una base para una mejor CdV en el ámbito general de las PM (Tabla 15).

Tabla 15.

El análisis de regresión lineal jerárquica, predictores de la calidad de vida (N = 126)

Variables	Calidad de Vida				
	Paso 1(β)	Paso 2(β)	Paso 3(β)	Paso 4(β)	Paso 5(β)
Situación económica	.18*	.17*	.15	.03	-.11
Nivel de estudios	-.26**	-.18*	-.17*	-.09	-.01
Inteligencia emocional		.36***	.37***	.11	-.14
Aptitud física			-0.11	-.15*	-.17**
Funcionamiento familiar				-.51***	-.28**
Bienestar psicológico					.63***
<i>F</i>	6.65**	11.70***	9.35***	15.56***	24.95***
<i>R</i> ²	.098	.22	.24	.39	.56
ΔR^2	.098	.12	.02	.15	-.17

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

En los resultados del modelo de regresión múltiple jerárquica, se realizó la regresión incluyendo a la CdV de las PM como variable dependiente. Los resultados se obtuvieron mediante el procedimiento de etapas, en primer lugar, se incluyeron variables demográficas, tales como la situación económica y el nivel de estudios, variables estadísticamente significativas en el análisis univariante, que representan el 12% de la varianza en la CdV de las PM. En segundo lugar, se incorporó el modelo de inteligencia emocional y se relacionó de manera positiva con la CdV, explicando el 31% de la varianza ($\beta = 0.44$, $P < 0.001$). En tercer lugar, se incorporó el funcionamiento familiar, el cual se asoció negativamente con la CdV, explicando el 46% de la varianza ($\beta = -0.50$, $P < 0.001$). Finalmente, se añadió el bienestar psicológico, el cual se relacionó de forma positiva explicando el 58% de la variabilidad ($\beta = 0.54$, $P < 0.001$). Después de incorporar el desarrollo familiar y el bienestar psicológico, la inteligencia emocional y las variables demográficas disminuyeron su relevancia. Los resultados de la regresión múltiple jerárquica proporcionan una base para una mejor CdV de las PM (Tabla 16).

Tabla 16.

El análisis de regresión lineal jerárquica, predictores de la Calidad de vida en la persona mayor (N = 126)

Variables	Calidad de vida de las personas mayores			
	Paso 1(β)	Paso 2(β)	Paso 3(β)	Paso 4(β)
Nivel de estudios	.20*	.19*	.19*	-.05
Situación económica	-.29**	-.19*	-.19*	-.04
Inteligencia emocional		.44***	0.42***	-.02

Funcionamiento familiar				-.30***
Bienestar psicológico				.54***
<i>F</i>	8.66***	18.20***	13.54***	27.40***
<i>R</i> ²	.12	.31	.46	.58
ΔR^2	.12	.19	.15	.27

Nota. Elaboración propia de acuerdo con los datos recolectados del instrumento de medición.

* = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

4.2 Discusión

Este estudio se centró en evaluar cómo la aptitud física, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico, y el funcionamiento familiar predicen la CdV de las PM en el Valle de Toluca. Se utilizó la definición de CdV de la OMS, que la describe como la percepción individual de su situación vital, considerando aspectos como la cultura, los valores y los objetivos personales. Los resultados del análisis mostraron correlaciones significativas entre las variables estudiadas, subrayando su impacto y capacidad para predecir la CdV en este grupo. La muestra del estudio incluyó a 126 PM, con edades que varían entre 60 y 89 años.

Con el propósito de alcanzar el objetivo general, se procedió a realizar dos modelos de análisis de regresión lineal jerárquica. El primero se llevó a cabo mediante la escala de World Health Organization Quality of Life-Bref, en la cual se examinó la CdV general (percepción general de la CdV, percepción general de salud, relaciones sociales, salud psicológica, salud física, y medio ambiente.) de las PM. En términos generales, tras ajustar las variables adicionales del modelo, el análisis multivariante ha constatado que el bienestar psicológico, el funcionamiento familiar y la aptitud física son significativos como factores asociados en la CdV, explicando un 56% de la varianza. No obstante, la inteligencia emocional, el nivel de estudios y la descripción de su situación económica sufrieron la

pérdida de su significancia. Esto podría explicarse con las diferentes definiciones de calidad en la que incluyen los determinantes de la CdV. Por ejemplo, los estudios de Giusti (citado en Mora et al., 2004) y Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002) nos ayudan a comprender que las PM tienen necesidades diversas y subjetivas en relación con su CdV. Al considerar aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, podemos apreciar la complejidad de la experiencia de envejecimiento y la importancia de abordar de manera integral el bienestar de este grupo poblacional. En consecuencia, las PM tienen múltiples necesidades, perspectivas subjetivas y objetivas, con lo cual pueden sentirse satisfechas con la vida en general y, de esta forma, buscar la CdV. Complementariamente, se utilizó el instrumento WHOQOL-OLD, el cual está adaptado a las características y necesidades de las PM, evaluando dimensiones como la autonomía, las habilidades sensoriales, la participación social, las actividades pasadas, presentes y futuras, la intimidad y la percepción de la muerte. En general, tras controlar las variables sociodemográficas del nivel de estudios y su situación económica en el modelo, el análisis multivariante ha demostrado que el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar son relevantes como elementos relacionados con la CdV, explicando un 58% de varianza. Sin embargo, la aptitud física, la inteligencia emocional, el nivel de educativo y la descripción de su situación económica sufrieron la pérdida de su significancia cuando se incluyeron el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar. De igual manera, es factible destacar que la CdV posee una multidimensionalidad y bipolaridades objetiva-subjetiva, lo que implica la necesidad de utilizar diversos procedimientos para cuantificar cada una de las variables o aspectos que conforman el concepto de CdV, y a través de ellos se han operado. Estos procedimientos incluyen indicadores de salud física, salud funcional, bienestar psicológico, apoyo social, disponibilidad de servicios, entre otros elementos que deben estar presentes en la misma. En

particular, el bienestar psicológico es esencial para la CdV debido a que representa la experiencia subjetiva de satisfacción y bienestar en todas sus facetas, lo que contribuye a una vida plena y significativa. El bienestar psicológico puede ser considerado un reflejo de la CdV debido a su conexión intrínseca con aspectos subjetivos de la vida, como la satisfacción personal y la percepción del bienestar (García-Viniegras, 2024). De la misma manera, señalan que el bienestar psicológico fomenta la CdV en las PM (Nibedita et al., 2018), mientras que en un estudio se obtuvo que es un predictor de la CdV en los cuidadores de PM dependientes, en el cual se determinó que el bienestar psicológico es un factor protector para la CdV (Alonso et al., 2022). En consecuencia, la CdV y el bienestar psicológico están estrechamente vinculados, y el bienestar psicológico puede ser considerado un indicador de la CdV.

Asimismo, el funcionamiento familiar puede influir significativamente en la CdV de las PM. En un análisis efectuado con PM con patologías crónicas, se evidenció un impacto significativo en la CdV, dado que las PM con patologías crónicas con una función familiar más eficiente tienen una mayor CdV (Yuan et al., 2021). En una investigación realizada en Brasil, se efectuó un análisis de regresión lineal, el cual confirmó que la funcionalidad familiar se asoció positivamente, debido a que las PM que experimentan una disfunción familiar leve o grave presentan una CdV inferior en comparación con aquellas que provienen de familias funcionales (De Souza et al., 2021). Otro estudio se observa que el funcionamiento familiar tiene una influencia predictiva en la CdV de las PM. Esto sugiere que la capacidad para manejar el estrés familiar, el apoyo recíproco y los vínculos afectivos desempeñan un papel protector en la CdV de este grupo (Alonso et al., 2022). Estos hallazgos indican que promover el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar en las PM puede

tener un impacto positivo en su CdV, fomentando un envejecimiento más saludable y satisfactorio.

Además, para cumplir nuestro segundo objetivo que fue determinar la CdV de las PM en el Valle de Toluca, con respecto a su aptitud física, bienestar psicológico, inteligencia emocional y funcionamiento familiar se llevaron a cabo dos análisis de correlaciones generales: la primera exhibe la correlación entre la CdV con el instrumento de World Health Organization Quality of Life-Bref y las variables independientes (bienestar psicológico, funcionamiento familiar e inteligencia emocional).

a) Datos Sociodemográficos

Para alcanzar el objetivo de identificar las características fundamentales en las PM, se realizó el cuestionario sociodemográfico, donde se constató que los mayores tenían una edad promedio de 71.33 años, mientras que la mayoría de ellos tenían una edad de 71 a 75 años. Esta situación es un indicio del incremento poblacional que se está experimentando en México y que sugiere que en los siguientes años la mayoría de la población serán PM (INEGI, 2023). También se observó que las mujeres tenían una prevalencia superior al 82.54%, lo cual concuerda con los datos proporcionados por el INEGI, que señalan que la mayoría de las PM en el Estado de México son mujeres (INEGI, 2023).

Asimismo, los resultados evidencian que la religión que más profesan es la católica, y que en gran parte las PM son solteras (51.59%), en dicho grupo se incluyen personas viudas y divorciadas, aunque también se encuentran casadas con un porcentaje significativo de 42.06%. Esta tendencia se encuentra vinculada con los sistemas culturales del Estado de México, dado que la mayoría de los individuos practican dicha religión (INEGI, 2020). Este

contexto puede influir en la preservación de una pareja para que se sientan acompañadas y se brinden asistencia en la vejez y mantener los patrones establecidos por la religión.

Por otra parte, se constató que el mayor porcentaje de PM cursaron el nivel primario (24.61%) en lo que respecta a la educación. Es relevante destacar que la mayoría de las PM desempeñaban más de un empleo y que, en mayor medida, las PM desempeñaban tareas no remuneradas como amo(a) de casa. De manera similar, se evidencia que actualmente aumentan los mayores que realizan actividades no remuneradas, y que su fuente de ingresos monetarios proviene de la pensión federal. No obstante, el 6.35% de los individuos mayores carecen de ingresos y el 46% de las PM gastan menos de \$4,999 al mes. A su vez, el 71.46% de las PM describen su situación económica como regular.

La mayoría de las PM cohabitan con una persona con la que pueden tener un vínculo sanguíneo o no (60.32%), pero en segundo lugar se tiene que viven solos (23.81%). Se aprecia que los mayores perciben apoyo emocional, fundamentalmente de su familia. La familia es considerada como los principales cuidadores informales y su principal recurso de ayuda en su calidad emocional (Bover y Gastaldo, 2005). En particular, son las mujeres quienes asumen este rol. Montes de Oca (2004) afirma que el cuidado personal directo puede ser uno de los factores más significativos en la CdV de las PM, especialmente en situaciones de enfermedad o discapacidad.

Se aprecia que el 10.32 % de los mayores carecen de servicios médicos, mientras que el 84.93 % afirma que presenta al menos una patología, específicamente hipertensión arterial, diabetes mellitus y osteoartritis. La presente información se relaciona con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, llevada a cabo por el INEGI (2023), en la cual se constató que las patologías que más impactaron en la población de 53 años y más fueron: hipertensión arterial (43.3%), diabetes (25.6%) y artritis (10.7%).

Además, en cuanto a la salud mental, el 18.25% de los individuos mayores mencionan tener un diagnóstico de ansiedad, depresión y síndrome de burnout. A su vez, se identificó un aumento en la prevalencia de depresión y sentimientos de depresión (INEGI, 2023). En el ámbito físico, se evidencia que el 7.94 % de los individuos dependen de una asistencia, como el uso de un bastón o un auxiliar auditivo. Además, el 36.51% presenta alteraciones en la marcha. Los problemas de marcha y equilibrio son las principales causas de caídas en las PM, lo que puede afectar negativo en su bienestar y representa uno de los desafíos más significativos en la salud pública (Instituto Nacional de los Adultos Mayores [INAPAM], 2023). Además, se encontró que el 93.65% De la muestra participa en algún tipo de ejercicio físico, y el 15.87% dedica más de 150 minutos diarios a esta actividad. Este dato es relevante, debido a que se recomienda que las PM realicen al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada a intensa para prevenir enfermedades crónicas y mejorar su CdV (González, 2023).

b) Calidad de Vida y Bienestar Psicológico. Escala global

En este estudio, se encontró una correlación positiva significativa ($r = .26, p < .01$) entre esta dimensión y las cuatro áreas de bienestar psicológico de Ryff (Bastos et al., 2023), lo cual concuerda con los hallazgos de nuestro estudio ($r = .23, p < .01$). Una explicación posible es que los mayores afrontan proactivamente los desafíos del envejecimiento, pues en nuestro estudio se constató que el 41,27 % de los individuos presenta al menos una patología, mientras que casi la mitad (46%) de las personas necesitan asistencia en alguna actividad diaria (Bastos et al., 2023). Existen asociaciones entre el bienestar psicológico y una mejor salud (Ryff et al., 2015). En una investigación adicional realizada en la India con individuos de edad avanzada, se examinó la relación entre la CdV, el bienestar psicológico y la

depresión. Se utilizaron el cuestionario McGill Quality of Life, el instrumento de bienestar psicológico de Ryff y el inventario de Beck. Los resultados revelaron una asociación entre la CdV y todas las dimensiones de bienestar psicológico. En particular, se observó que las correlaciones más significativas fueron con el propósito de vida, la autoaceptación y el crecimiento personal (Nibedita et al., 2018), lo cual coincide con los hallazgos de nuestro estudio. Los resultados que se obtuvieron, resultaron más significativos, fue la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito de vida. Por el contrario, la dimensión más baja en el estudio de la India fue el dominio del entorno. La explicación de esta situación podría deberse a la variación de la escala de CdV, y otra explicación podría ser que la percepción de la CdV puede variar significativamente entre individuos, incluso en el mismo entorno, debido a sus experiencias y circunstancias de vida distintas. Por ejemplo, la variedad de rasgos personales en lo que atañe a la salud física y mental, el grado de inclusión social y la capacidad para realizar tareas cotidianas pueden tener un impacto importante en la CdV (Gallardo et al., 2021).

En otro estudio adicional con el fin de analizar el impacto del bienestar psicológico, la CdV y la incontinencia urinaria de las PM, se ha constatado una correlación positiva entre el bienestar psicológico y la CdV de las PM ($r = .97, p < .01$). Además, si se presenta este síndrome geriátrico, se podría afectar el bienestar psicológico y la CdV (Rehab et al., 2021). De igual modo, nuestro estudio sugiere que la CdV de la persona mayor tiene una relación de forma positiva con el total de bienestar psicológico ($r = .70^{**}, p < .01$), lo cual sugiere una percepción subjetiva de sentirse positivo, satisfecho y saludable consigo mismo y en su entorno. A su vez, en otro estudio, se encontraron que las PM que participaban en un club de vida tenían niveles más altos de CdV, bienestar psicológico, en las dimensiones de salud física y psicológica, ambiental, dominio del entorno y el propósito de vida (Rivera et al.,

2020). Además, se ha observado una relación positiva entre estas variables, descubriendo que las personas que viven en áreas rurales empobrecidas exhiben niveles reducidos de bienestar psicológico y CdV (Makwana & H, 2023). En términos generales, se puede afirmar que la CdV y el bienestar psicológico están estrechamente vinculados en las PM; no obstante, es relevante considerar que esta correlación puede variar en función de las circunstancias individuales y los factores ambientales.

c) Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar. Escala Global

En el presente estudio se constató una correspondencia significativa entre el funcionamiento familiar y la CdV ($r = -.59, p < .01$), lo cual indica que existe una promoción del bienestar integral de los integrantes de la familia, mediante el uso de recursos tanto internos como externos de los integrantes familiares, se busca mantener un equilibrio en la calidad afectiva y promover una variedad de valores. Se ha identificado una correlación significativa entre las funciones familiares y la CdV de las PM con hipertensión. Además, se ha comprobado que las PM que provienen de familias con funciones saludables tienen hasta nueve veces más probabilidades de experimentar una buena CdV en comparación con aquellas que provienen de familias con funciones menos saludables (Anggraini et al., 2022). De igual manera, en otro estudio se observó una correlación significativa entre estas dos variables, con un coeficiente de correlación de 0.72 y un nivel de confianza del 95%. Este análisis contó con la participación de 64 PM de 65 años o más, quienes completaron los cuestionarios WHOQOL-BREF y APGAR (Condezo & Quispe, 2022). Asimismo, en otro estudio se indicó que hay una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la CdV en pacientes con insuficiencia renal crónica ($r = 0.82$ con un nivel de confianza de 0.95), en esta investigación se emplearon los cuestionarios WHOQOL-BREF y la funcionalidad

familiar APGAR (Polo & Vallejos, 2022). De igual manera, en otra investigación se constató que existe una conexión significativa entre las dimensiones de la funcionalidad familiar y la CdV en pacientes con hipertensión arterial, en particular, salud psicológica, relaciones sociales, medioambiente y la CdV global (Duran-Badillo et al., 2022). En la investigación científica se ha registrado que el bienestar psicológico contribuye al fortalecimiento de la habilidad para afrontar el estrés familiar, destacando el respaldo mutuo y vínculos afectivos como factores protectores en la CdV de las PM. Sin embargo, se han efectuado investigaciones que constatan que no existe una correlación entre el desempeño familiar y la CdV de las PM (Jara et al., 2023; Romero & Ruiz, 2018).

d) Calidad de Vida e Inteligencia Emocional. Escala global

La CdV está estrechamente vinculada con la inteligencia emocional ($r = .41, p < .01$). La CdV está estrechamente vinculada con la inteligencia emocional ($r = .41, p < .01$). Este estudio consideró la claridad y la reparación emocional para manejar las emociones de uno mismo y de los demás, lo que se traduce en la capacidad de mantener relaciones satisfactorias y llevar una vida más plena y armoniosa. Como se puede apreciar la inteligencia emocional se evidencia como un factor positivo en la CdV de las PM institucionalizadas, particularmente en aspectos como la salud, habilidades para llevar a cabo actividades cotidianas, participación en actividades recreativas, y el grado de satisfacción con la vida (Luque-Reca et al., 2018). Del mismo modo, en un estudio realizado con PM en Irán, se halló una asociación relevante entre la inteligencia emocional y la CdV, destacando además su eficacia para promover la salud (Moradi et al., 2020). De igual manera, Yalcin y colaboradores han constatado que un programa de inteligencia emocional puede tener resultados beneficiosos en la CdV y el bienestar, mediante un análisis llevado a cabo en

individuos con diabetes tipo 2 de 40 a 60 años (Yalcin et al., 2008). Sin embargo, en un análisis realizado en dos centros para personas mayores en Egipto, se observó que la inteligencia emocional tiene un efecto negativo en la Calidad de Vida. No obstante, se descubrió que la inteligencia emocional interactúa positivamente con la felicidad subjetiva y el bienestar cognitivo (Abou & Mahmoud, 2020). A pesar de lo anteriormente expuesto, se sugiere que las aptitudes de la inteligencia emocional pueden otorgar resultados favorables en lo cognitivo y conductuales para la adaptación durante el desarrollo, así como realizar intervenciones enfocadas en la inteligencia emocional, lo cual podría contribuir a la CdV de las PM (Delhom, 2020). En general, se puede afirmar que el conjunto de habilidades puede posibilitar una mejor interacción social, una mejor salud mental y una mayor capacidad para abordar los desafíos de la vida y alcanzar una CdV.

El segundo análisis correlacional se llevó a cabo con la CdV de la persona mayor, usando la escala World Health Organization Quality of Life of Older Adults, y las variables de bienestar psicológico, funcionamiento familiar e inteligencia emocional.

e) Calidad de Vida y Bienestar Psicológico. Escala Persona Mayor

La presente investigación ha constatado que la CdV tiene un efecto beneficioso en el bienestar psicológico ($r = .73, p < .01$), lo cual sugiere una percepción subjetiva de sentirse positivo, satisfecho y saludable en el entorno personal. Asimismo, un estudio en Chile reveló que el bienestar psicológico se correlaciona positiva y estadísticamente significativamente con CdV ($r = .76, p < .01$). La investigación se realizó con PM pertenecientes a gremios gubernamentales y no gubernamentales, se utilizaron los mismos instrumentos que en nuestro estudio (Cuadra-Peralta, 2016). No obstante, en un análisis con PM indígenas de Ecuador, se llevó a cabo un análisis correlacional con las mismas escalas utilizadas para nuestro estudio

y los hallazgos no revelaron una relación directa entre el bienestar psicológico y la CdV (Solis-Guerrero & Villegas-Villacrés, 2021). La diferencia en los resultados de las investigaciones podría sustentarse en que la CdV está influenciada por diversos dominios en los que se desenvuelven las PM. No obstante, existen diversos modelos de CdV que incluyen dimensiones del bienestar psicológico (Lawton, 1991; Maslow, 1987; Raphael et al., 2001; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

f) Calidad de Vida y Funcionamiento Familiar. Escala Persona Mayor

Por otra parte, se ha constatado que la CdV de la persona mayor, a través de la escala World Health Organization Quality of Life of Older Adults y el funcionamiento familiar, tiene una correlación significativa negativa con todas las dimensiones ($r = -.65, p < .01$), lo que indica que se produce un desarrollo integral de los miembros de la familia, fomentando una calidad afectiva equilibrada y promoviendo diversos valores. De igual manera, una investigación (De Souza et al., 2021) revela que todas las facetas de la CdV WHOQOL-OLD se correlacionan positivamente con el APGAR familiar, lo que indica que estas dos variables presentan un comportamiento directamente proporcional. La correlación más alta se encontró entre la funcionalidad familiar y la dimensión “intimidad” de la CdV ($r = .43; p < .001$), mientras que en nuestro estudio fue la dimensión de “autonomía” ($r = .62; p < .001$). Otros estudios concluyen que existe una positiva y significativa relación entre la funcionalidad familiar y la CdV de las PM (Martínez et al., 2020) y la diabetes (Carreón & Martínez, 2016). En síntesis, la correlación entre la CdV y el funcionamiento familiar en individuos podría influir en el progreso de enfermedades, generar complicaciones, afectar una adecuada aceptación y mejorar la salud, por lo que se considera de suma importancia la familia como una fuente de apoyo. De esta forma, Se observa claramente que las relaciones sociales,

especialmente en el ámbito familiar, influyen en la CdV de las PM, así como en su estado de salud (Wilhelmson et al., 2005).

g) Calidad de Vida e Inteligencia Emocional. Escala Persona Mayor

La CdV de la persona mayor, a través de la escala World Health Organization Quality of Life of Older Adults está vinculada de manera positiva con el total de inteligencia emocional ($r = .49, p < .01$), lo cual posibilita la consolidación de relaciones satisfactorias y la existencia de una vida más plena y equilibrada. Además, una investigación realizada en Perú con PM de una Asociación de Jubilados del distrito de Tumán reveló una asociación positiva entre la inteligencia emocional y la CdV ($r = 0.47, p < 0.001$), resaltando que la dimensión de los medios de comunicación es la más relevante en la inteligencia emocional (Paredes et al., 2018). De manera similar, se realizó una investigación en Ecuador utilizando los mismos instrumentos que en nuestro estudio con PM, hallando una correlación significativa entre la inteligencia emocional y la CdV. En particular, se encontró una relación relevante entre las actividades pasadas, presentes y futuras, así como entre la autonomía, la atención, la participación social y la reparación con la autonomía (Veloz & Vega, 2023). En nuestro estudio se omitió la dimensión de atención emocional, debido a su escasa relevancia. No obstante, se evidenció una correlación significativa entre la claridad y autonomía, así como la reparación y autonomía. En nuestro estudio, todas las dimensiones fueron significativas, excepto la de habilidades sensoriales. Aunque existe un reducido número de estas correlaciones en las investigaciones, es comprensible porque que no se llevan a cabo suficientes investigaciones entre ambas variables. Sin embargo, es esencial considerar que la inteligencia emocional impacta en determinadas variables relacionadas con la CdV, especialmente en el caso de las PM. Una práctica que contribuye a mejorar la CdV es

participar en actividades que estimulen el desarrollo emocional en este grupo demográfico (Bermúdez et al., 2017). Como resultado, aunque existen pocas investigaciones al respecto, se puede deducir que la inteligencia emocional tiene un impacto en diversos aspectos de la CdV, especialmente en las PM. Además, una estrategia beneficiosa para mejorar la CdV es la implementación de actividades que fomenten el crecimiento emocional en este segmento de la población (Bermúdez et al., 2017).

h) Bienestar Psicológico y Funcionamiento Familiar

En nuestro estudio, el bienestar psicológico tuvo en una relación negativa con la puntuación del funcionamiento familiar ($r = -.67, p < .01$), teniendo en cuenta que la escala de funcionamiento familiar está invertida, este coeficiente negativo indica un entorno familiar saludable en el que se brinda respaldo emocional, se fomenta la comunicación y se ajustan las dinámicas a las demandas específicas. De igual manera, se ha evidenciado una correlación entre estas variables en PM (Thanakwang, et al., 2012), jóvenes (Guzmán & Almeida, 2019; Ho et al., 2022), y cuidadores primarios de individuos que padecen cáncer pediátrico (Avilés, 2023). Por ende, se puede apreciar que el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar son esenciales en todas las etapas de la vida, centrándose en cómo la familia opera internamente y se desenvuelve la familia, tanto como fomentando el bienestar emocional.

i) Bienestar Psicológico e Inteligencia Emocional

El bienestar psicológico está positivamente relacionado con la inteligencia emocional ($r = .62, p < .01$), lo cual requiere la capacidad para comprender, expresar y gestionar el estrés de manera eficaz y mantener relaciones interpersonales satisfactorias. En una investigación realizada con PM que no presentaban deterioro cognitivo, se emplearon los mismos

instrumentos que en nuestra investigación, y se llevó a cabo un análisis de modelos que reveló que la inteligencia emocional tuvo un impacto tanto directo como indirecto en el bienestar psicológico, mediado por la satisfacción con la vida (Delhom et al., 2017). De manera similar, la inteligencia emocional muestra una relación positiva con el bienestar psicológico, especialmente en relación con la satisfacción con la vida y el bienestar emocional (Chen et al., 2016). Un estudio realizado en Irán con PM reveló que los componentes de la inteligencia emocional y las habilidades sociales son predictores positivos del bienestar psicológico (Akhavan & Mofradnezhad, 2018). Además, en una investigación llevada a cabo en Israel, se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica que confirmó que las habilidades de inteligencia emocional predicen el nivel de bienestar psicológico, lo que sugiere una asociación beneficiosa entre las dimensiones de inteligencia emocional y el bienestar psicológico (Carmeli et al., 2009).

De la misma manera, se obtuvieron los mismos resultados con empleados de Irán (Ahmadi et al., 2014). En relación con este aspecto, hay que destacar que la investigación en esta temática está en evolución, y aún se exploran los dominios específicos por los que la inteligencia emocional impacta en el bienestar. A pesar de ello, los datos actuales indican una asociación positiva y relevante entre ambas, subrayando los beneficios del bienestar psicológico y la necesidad de promover la inteligencia emocional en las PM para mejorar su CdV. Esta afirmación se alinea con la teoría propuesta por Mayer y Salovey (1997), quienes argumentan que la inteligencia emocional es crucial para mejorar el bienestar psicológico. Según el bienestar psicológico se basa en la capacidad de reconocer, apreciar y expresar emociones, generar emociones que faciliten el pensamiento y la comprensión, y regular las emociones, lo que promueve el crecimiento personal y una mayor sensación de bienestar. En consonancia con esto, se sugiere que estimular la inteligencia emocional en PM puede tener

un efecto positivo en su bienestar psicológico (Chen et al., 2016; Delhom & Meléndez, 2020), así como en su resiliencia y CdV en general (Delhom & Meléndez, 2020).

j) Funcionamiento Familiar e Inteligencia Emocional

Por otra parte, el funcionamiento familiar tiene un impacto negativo en la inteligencia emocional ($r = -.56, p < .01$), lo que indica que la interacción y organización en la familia se encuentran estables percibiéndose una expresión emocional y respaldo mutuo. En un estudio con PM se encontró que el funcionamiento familiar predice las emociones negativas, lo que a su vez provocó que las PM con disfunción familiar experimentaran más emociones negativas que aquellos con un funcionamiento familiar saludable (Dang et al., 2020). De igual manera, se ha evidenciado una conexión significativa entre estas variables en infantes (Sánchez-Núñez & Latorre, 2012), adolescentes (Alatraste & Campos, 2017; Alavi et al., 2017; Aristi et al., 2022; Barragán et al., 2021), y en individuos de edades comprendidas entre 18 y 70 años (Szcześniak & Tułeczka, 2020). Estudios anteriores han evidenciado que el funcionamiento familiar tiene relación con la inteligencia emocional. De este modo, un entorno familiar positivo puede ayudar a preservar y fortalecer la inteligencia emocional en las PM, y a la inversa. De esta forma, se establece un ciclo positivo que beneficie tanto a la persona mayor como a la familia en su conjunto. Siguiendo esta premisa, se ha observado que un entorno familiar que expresa emociones de manera más abierta está asociado con mayores niveles de inteligencia emocional en general (Páez et al., 2006). Desde esta perspectiva, se reconoce la importancia de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades emocionales en la vida cotidiana, especialmente en el entorno familiar, que se considera el factor más influyente en la configuración de las emociones (Sánchez-Núñez y Latorre, 2012).

Evidentemente, la familia tiene consecuencias importantes para el bienestar durante la vida (Polenick et al., 2018).

k) Frecuencia Respiratoria y Variables Dependientes e Independientes

En lo que respecta a las mediciones biométricas, se realizó un análisis de correlación entre las variables independientes y dependientes, y se descubrió que la frecuencia respiratoria mostró una correlación significativa tanto con la CdV en general como con la CdV de las PM y el bienestar psicológico. La respiración disfuncional es un problema relevante para la sociedad actual, con un impacto significativo en la CdV y en el sistema sanitario (Alcantaraz-López & Camacho-Alamo, 2021). La causa de esta disfunción en la respiración se debe a que las disfunciones en la respiración se relacionan con patologías orgánicas y no orgánicas, tales como el asma, la enfermedad obstructiva crónica (EPOC), trastornos de ansiedad, pánico, depresión, fobias específicas, rasgos de inferioridad y perfeccionismo (Garner, 1996; Hagman et al., 2008). Además, se evidencian alteraciones en el sistema respiratorio en función del proceso de envejecimiento (Oyarzún, 2009). Por tanto, se puede deducir que una frecuencia respiratoria inusual podría sugerir la presencia de un estado médico subyacente, especialmente dado que las PM son más propensas a padecer enfermedades, lo que podría influir negativamente en su CdV y bienestar psicológico.

l) Flexibilidad Superior y Bienestar Psicológico

En cuanto a las dimensiones de la aptitud física, se hizo un análisis de correlación, en el que se constató una correlación entre la flexibilidad superior y el bienestar psicológico. En un análisis con PM residentes en una residencia de permanencia, se constató una conexión significativa con casi toda la aptitud física, pero la flexibilidad superior fue una de las dimensiones menos significativas (Tóth et al., 2023). Aunque inicialmente pueda parecer

menos relevante, la flexibilidad se muestra como un factor crucial para mantener la funcionalidad en la población mayor (Solà-Serrabou, et al., 2019).

m) Agilidad y Flexibilidad entre Calidad de Vida

De igual manera, la agilidad y equilibrio correlacionan negativamente con la CdV general, debido a que se ha evaluado por un lapso, y entre un lapso de menor tiempo en el circuito, se puede observar una mayor agilidad y equilibrio. En una investigación con PM institucionalizadas y no institucionalizadas, se determinó que la flexibilidad, equilibrio y agilidad son las cualidades más afectadas en las personas institucionalizadas, lo que provoca menor CdV y condición física (Herazo-Beltrán et al., 2017). Esto es fundamental, dado que, si se encuentra una menor agilidad y equilibrio, se puede generar una mayor probabilidad de caídas, lo que puede generar una mayor dependencia en las labores y actividades diarias, lo que genera una percepción desfavorable de la CdV. Un estudio reciente reveló que las personas que caminan a un ritmo moderado suelen obtener mejores resultados en pruebas de fuerza en la parte superior del cuerpo, resistencia aeróbica, equilibrio dinámico y las dimensiones del SF-36 relacionadas con la CdV, particularmente en los aspectos de rol físico y vitalidad (Esain et al., 2021). El incremento en la aptitud física facilitaría la realización de tareas y actividades diarias, disminuyendo la percepción de limitación funcional y mejorando la CdV (Studenski et al., 2011).

n) Comparación entre el Nivel Educativo, Bienestar Psicológico y Funcionamiento Familiar

Con referencia a nuestro tercer objetivo de comparar la CdV entre grupos de edad y nivel educativo de acuerdo con su aptitud física, inteligencia emocional, bienestar psicológico y funcionamiento familiar, se ha constatado que en el nivel educativo se logra

una mejora en el bienestar psicológico, a excepción de la carrera técnica, donde se ha constatado una disminución en el bienestar psicológico en comparación con la preparatoria. En un estudio comparativo entre PM que viven en España y la República Dominicana, se descubrió que el nivel educativo estaba estrechamente relacionado con el bienestar psicológico. Específicamente, se observó que los participantes con un mayor nivel educativo obtuvieron puntuaciones más altas en las dimensiones de dominio del entorno, autoaceptación, crecimiento personal y propósito en la vida (Tomás et al., 2009). La literatura científica también ha establecido una conexión entre el bienestar psicológico y subjetivo y el nivel educativo. En este sentido, se ha observado que las personas con un mayor nivel educativo tienden a alcanzar un mayor bienestar psicológico y subjetivo, lo que se traduce en una mejor CdV (Keyes et al., 2002). Con lo anterior, podemos deducir que el nivel educativo influye en el bienestar psicológico, lo que podría suponer que hay más acceso a información, habilidades de enfrentamiento, oportunidades laborales, redes sociales y un mayor sentido de autonomía. No obstante, es importante tener presente que el bienestar psicológico es multifacético y está influenciado por muchos otros factores, además de la educación (García-Viniegras, 2010).

Asimismo, se puede apreciar en nuestra investigación que, en los niveles más elevados de estudios, se observa un incremento en el funcionamiento familiar. En un análisis con PM, se ha constatado la conexión existente entre el nivel educativo superior y la incidencia menor en situaciones de maltrato o violencia en el funcionamiento familiar (Viteri et al., 2018). En otro estudio, se encontró que las personas de entre 45 y 85 años exhiben un mayor grado de autonomía en sus responsabilidades laborales, y también se notó que los niveles de soledad en las PM decrecen conforme aumenta su nivel educativo (Adana et al., 2019). La presente investigación es significativa, dado que la familia desempeña un papel

fundamental para afrontar la soledad y la dependencia. En otro estudio, se examinó la conexión entre la funcionalidad familiar y el nivel educativo en PM con diabetes mellitus, revelando una disparidad relevante. Aquellos individuos mayores que no tenían educación formal o solo habían completado la educación primaria mostraron una disfuncionalidad familiar más pronunciada (Carreón & Martínez, 2016). En una investigación adicional, se ha constatado que las PM que poseen una escolaridad inferior experimentan una sensación de disfuncionalidad en su núcleo familiar (Zavala-González & Domínguez-Sosa, 2010). El nivel educativo brinda apoyo para mejorar el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar, debido a que se puede inferir que al alcanzar un nivel superior de escolaridad se logra obtener una actividad laboral mejor, lo que da un estatus en la sociedad, generando autorrealización y experimentando satisfacción emocional. Al obtener este estatus, se puede tener un impacto fundamental en la economía familiar, y se pueden adquirir menos responsabilidades en función de las tareas del hogar. Además, este nivel educativo puede considerarse como una herramienta que brinda apoyo en la adquisición de conocimientos más eficaces para la comunicación y la toma de decisiones, lo cual resulta beneficioso para alcanzar un funcionamiento familiar adecuado. El funcionamiento familiar debe examinarse de diversas maneras por la influencia de múltiples factores para su evaluación, no solo el nivel educativo (García-Méndez et al., 2017).

o) Comparación entre la Edad, Bienestar Psicológico, Inteligencia emocional y
Funcionamiento Familiar

Asimismo, cumpliendo este objetivo se investigó el efecto por grupos de edad, teniendo como variables dependientes el bienestar psicológico, la inteligencia emocional y el funcionamiento familiar. A medida que se pasa a otro grupo de edad, se puede constatar una

reducción en el bienestar psicológico. Además, un análisis realizado con PM reveló que la edad está asociada de manera negativa con el bienestar psicológico (Tomás et al., 2009). En un estudio que incluyó jóvenes, adultos y personas mayores, se observó una disminución del bienestar psicológico en las personas mayores, particularmente en áreas como las relaciones positivas, el crecimiento personal, el dominio del entorno y la autonomía (Mayordomo, 2016). Sin embargo, otra investigación no encontró una relación significativa entre estas variables y las diferencias entre grupos de edad (Mesa-Fernández et al., 2019).

Asimismo, en el grupo de vejez funcional (66 a 75 años) se encuentra el grupo de personas con una mayor inteligencia emocional, y a partir de ese grupo de edad, su inteligencia emocional disminuye. En una investigación llevada a cabo con individuos de entre 18 y 74 años, se determinó que la inteligencia emocional fue mayor en las mujeres de todas las edades que en los hombres. No obstante, tanto en las mujeres como en los hombres, aumentó significativamente de los 18-24 a los 55-64 años y fue disminuyendo después. A su vez, un estudio con personas de 18 a 60 años se concluyó que la inteligencia emocional tiende a aumentar con la edad (Martínez & Martínez, 2021). Con lo expuesto antes, es importante investigar más esta comparación, debido a que la edad es una variable significativa y eficaz que puede afectar a la inteligencia emocional (Dhillon, 2018).

En nuestro análisis se compara el funcionamiento familiar, en el cual se puede constatar que en el grupo de la vejez funcional (76-80 años), se presenta un mejor funcionamiento familiar, y posteriormente se disminuye con el desarrollo de la edad. En este contexto, se puede deducir que los mayores a los 60 años sufren un cambio en su estructura familiar, ya que los descendientes ya poseen una familia y presentan algunas enfermedades, cambios en los roles familiares, lo que puede influir en la jubilación que se puede presentar en esta edad. En la vejez funcional se ha evidenciado la aceptación de la edad y las

capacidades en la vejez, aunque tras los 80 años se presentan pérdidas, ya sea el cónyuge o hijos, y se presentan mayores dependencias en algunas áreas. En un estudio, se constató que a mayor edad se produce un incremento en la percepción negativa de la funcionalidad familiar, por el incremento en las demandas y expectativas de atención de los mayores hacia su familia (Zavala-González & Domínguez-Sosa, 2010). En una investigación, se encontró una disparidad entre la funcionalidad familiar y los distintos grupos de edad, observándose un mayor índice de disfuncionalidad familiar de 71 a 85 años (Carreón & Martínez, 2016). En una investigación adicional, se constató que la conexión del Apgar familiar con los grupos de edad no tuvo resultados estadísticamente relevantes, y se constató una mayor funcionalidad familiar en las edades de 65-69 años (Díaz et al., 1998). Estos resultados pueden ser atribuidos a las transformaciones que ocurren durante el proceso de envejecimiento. Por ejemplo, las PM experimentan alteraciones biológicas que generan deterioro del sistema, experimentan pérdidas, lo que los lleva a considerar su apariencia débil. Estas transformaciones son propias de la edad, lo que provoca tener una evaluación negativa de su vejez y a no ser evaluadas (Ruiz-Domínguez & Blanco-González, 2019). En resumen, la edad no solo afecta nuestro cuerpo físico, sino también afecta nuestra mente, emociones y relaciones, lo que podría tener un impacto negativo en la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar en las PM. La edad no es el único elemento que afecta al bienestar psicológico, al funcionamiento familiar y a la inteligencia emocional.

Conclusiones

En conclusión, se encontró que el bienestar psicológico, funcionamiento familiar y aptitud física son los predictores de la CdV de manera general. A su vez, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar son los factores predictivos en la CdV, especialmente en el ámbito de las PM. En otras palabras, aquellas PM que tienen un verdadero desarrollo de su potencial tienen un propósito y significado de vida, un desarrollo integral de los miembros de su familia, utilizan los recursos internos y externos que poseen, y, además, llevan a cabo actividades diarias de manera autónoma, sin temor, percibiendo y manteniendo una mejor CdV.

La CdV general se correlaciona con el bienestar psicológico, el funcionamiento familiar, la inteligencia emocional y la prueba de agilidad en la aptitud física. En el ámbito de la CdV en la persona mayor, se constató que tiene una correlación con el bienestar psicológico, funcionamiento familiar e inteligencia emocional. No obstante, no se relaciona con la aptitud física. Asimismo, el bienestar psicológico está vinculado con el funcionamiento familiar, la inteligencia emocional y la dimensión de flexibilidad en la aptitud física. A su vez, el funcionamiento familiar correlaciona con la inteligencia emocional.

Por otra parte, el nivel de estudio incide en el incremento del bienestar psicológico, excepto en la carrera técnica, donde se identificó una disminución en el bienestar psicológico en comparación con la preparatoria. Además, se puede apreciar que, a medida que se incrementa el nivel de estudios, se obtiene un mayor funcionamiento familiar.

Se observa que, a medida que la persona mayor pasa a otro grupo de edad mayor, se reduce la mediana del bienestar psicológico. A su vez, el grupo de vejez funcional (66-75

años) es el que ostenta una mayor inteligencia emocional, y a partir de ese grupo de edad, su inteligencia emocional se reduce. Igualmente, en el grupo de la vejez funcional se evidencia un menor funcionamiento familiar.

Los resultados obtenidos, junto con las limitaciones identificadas en esta investigación, indican algunas recomendaciones para futuros estudios en áreas temáticas similares o en variables relacionadas. Primero, se recomienda homogeneizar los grupos de PM en edad y sexo, para realizar análisis comparativos que revelen diferencias estadísticamente significativas, lo que podría contribuir a la implementación de programas y políticas más adecuadas. Se aconseja llevar a cabo estudios longitudinales que posibiliten la evaluación de las variables a lo largo del tiempo, con el fin de evidenciar si la percepción de la CdV se altera al determinar en un período de tiempo.

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta otras variables como la alimentación, la situación económica, la calidad de los servicios, la espiritualidad, entre otras, debido a que se ha observado que son aspectos poco estudiados, pero que podrían tener un impacto significativo en la CdV. También se sugiere que los predictores más relevantes de la CdV identificados en esta investigación se integren en programas y políticas gubernamentales, con el objetivo de asegurar la mejora la CdV en las PM.

Finalmente, se recomienda seguir investigando este tema, especialmente dentro del contexto de la población de adultos mayores. Es crucial resaltar la importancia de investigar esta fase de la vida, dada la notable extensión de la esperanza de vida y el creciente interés que genera en la comunidad científica. Como profesionales en formación, se reconoce la importancia de incorporar información y programas diseñados específicamente para mejorar la CdV de las PM.

Referencias

- Aarons, G. A., McDonald, E. J., Connelly, C. D., & Newton, R. R. (2007). Assessment of family functioning in caucasian and hispanic americans: Reliability, validity, and factor structure of the family assessment device. *Family Process, 46*(4), 557-569. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00232.x>
- Abou, H. H., & Mahmoud, E. N. (2020). The relationship between emotional intelligence, feeling of happiness, and quality of life among older adults residing in the assisted living facilities in alexandria, egypt. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 9*(5), 16-31. <https://dx.doi.org/10.9790/1959-0905061631>
- Acosta, C. O., García, J. J., Echeverría, S. B., Serrano, D. M., & García, F. (2013). Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adulto mayores mexicanos. *Revista Psicología y Salud, 23*(2), 242-250. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.505>
- Adana, L., Cuadros-López, A., Andrango-Guerrón, D., Rodríguez-Lorenzana, A., Yacelga, T., & Loureiro, C. (2019). Nivel educativo y la autonomía funcional en adultos que residen en Quito (Ecuador). *Revista Latinoamericana de Psicología, 51*(2), 219-227. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n2.8>
- Ahmadi, S. A. A., Azar, H. K., Sarchoghaei, M. N., & Nagahi, M. (2014). Relationship between emotional intelligence and psychological well-being. *International Journal of Research in Organizational Behavior and Human Resource Management, 2*(1), 123-144. <https://www.econbiz.de/Record/relationship-between-emotional-intelligence-and-psychological-well-being-ahmadi-seyed-ali-akbar/10012898564>
- Akhavan, T. M, & Mofradnezhad N. (2018). The relationship of emotional intelligence and social skills with psychological well-being in the elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 13*(3): 334-345. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1373-en.html>

- Alatríste, N. G., & Campos, S. (2017). *El funcionamiento familiar y su relación con la inteligencia emocional en adolescentes*. [Tesis de Maestría, Universidad de Montemorelos]. Repositorio Institucional.
<https://dspace.um.edu.mx/handle/20.500.11972/357>
- Alavi, M., Mehrinezhad, S. A., Amini, M., Parthaman, M. K. (2017) Family functioning and trait emotional intelligence among youth. *Health Psychology Open*, 4(2).
<https://doi.org/10.1177/2055102917748461>
- Alemán, M. P. (2017). *La representación del bien vivir en las ecoaldeas: el caso de Aldeafeliz, San Francias, Cundimarca*. [Tesis de maestría, Universidad Distraíl Franciasco Jose de Caidas]. Sistema de bibliotecas. <http://hdl.handle.net/11349/7013>
- Alguacil, J. (2000). *Calidad de vida y praxis urbana: nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid*. Centro de Investigaciones sociológicas.
<http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu.html>
- Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Alonso, M. A. M., Barajas, M. E. S., Ordóñez, J. A. G., Ávila Alpírez, H., Fhon, J. R. S., & Duran-Badillo, T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>
- Aniorte, N. (2003). El proceso del envejecimiento. *MEDwave*, 3(11).
<http://doi.org/10.5867/medwave.2003.11.2753>
- Angraini, M. T., Oktaviani, D. S., & Noviasari, N. A. (2022). The relationship between family functions and the quality of life of the elderly with hypertension in the working area public health center of Babadan. *PLACETUM: Journal Ilmiah*

Kesehatan dan Aplikasinya, 10(2), 120-125.

<https://doi.org/10.20961/placentum.v10i2.59756>

Arbolera, S. A. (2012). Perspectivas en la evaluación de la aptitud física y la funcionalidad en personas mayores. *Revista Actividad Física y Desarrollo Humano*, 4(1), 13-19.
https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/AFDH/article/view/326/315

Aristi, E. R., Pomares, L. B., & Suarez, J. C. (2022). *Funcionamiento familiar e inteligencia emocional en estudiantes de secundaria de una institución educativa en el Caserío Miramar en la región Piura*. [Tesis optar el título de profesional, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico.
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/10170>

Aroca, P., González, A. P., & Valdebenito, R. (2017) The heterogeneous level of life quality across Chilean regions. *Habitat International*, 64, 84-98.
<https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2017.06.010>

Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki*.
<http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>.

Atri, Y., & Zentune, R. (2015). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. En Velazco, M. L., & Luna, M. (Eds.), *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja* (pp. 1-27). Pax de México.

Avilés, M. C. (2023). *Impacto de un diagnóstico de cáncer pediátrico en el sistema familiar: perspectiva del cuidador primario*. [Tesis de doctorado, University of Puerto Rico, Río Piedras]. Repositorio ProQuest. <https://hdl.handle.net/11721/3511>

Barragán, A. B., Molero, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Oropesa, N. F., Martos Á., Simón, M. D. M., & Gázquez, J. J. (2021). *Interpersonal Support, Emotional*

- Intelligence and Family Function in Adolescence. International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5145.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18105145>
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 363-388).
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(suplemento 1), 13-25. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3270>
- Barreras, M. I., Muñoz, G., Pérez, L. M., Gómez, C., Fulgencio, M., & Estrada, M. E. (2022). Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Atención Familiar*, 29(2), 72-78.
<http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>
- Barroilhet, S., Cano-Prous, A., Cervera-Enguix, S., Forjaz, M. J., & Guillén-Grima, F. (2009). A spanish version of the family assessment device. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(12), 1051-1065. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0022-8>
- Barros, C., & Herrera, S. (2003). *Calidad de vida de los adultos mayores*. CELADE. División de Población, CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/21419>
- Bastos, A., Monteiro, J., Barbosa, R., Pimentel, H., Silva, S., & Faria, C. (2023). Engagement with life and psychological well-being in late adulthood: Findings from community-based programs in Portugal. *PLoS One*, 18(5), 1-19.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286115>

- Bautista-Rodríguez, L. M. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14(1),5-8. <https://doi.org/10.22463/17949831.803>
- Bayarre, H. D. (2009). Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 110-116. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400010&lng=es&tlng=es.
- Berguer, C., & Fernandez, I. R. (2008). Valoración funcional en personas mayores. *efdeportes*, 127, 1. <https://www.efdeportes.com/efd127/valoracion-funcional-en-personas-mayores.htm>
- Bermúdez, A. M., Méndez, I., & García-Munuera, I. (2017). Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Health Research*, 3(1), 17–25. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i1.52>
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, 345-366. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-663020-6.50018-8>
- Bofill, A. M. (2008). *Valoración de la condición física en la discapacidad intelectual* [Disertación doctoral, Universidad de Barcelona]. Universitat de Barcelona, Departament d'Obstetrícia i Ginecologia, Pediatria i Radiologia i Medicina Física. <http://hdl.handle.net/10803/2479>
- Bover, A., & Gastaldo, D. (2005) La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 9-16. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000100002>

Bowling, A., & Stenner, P. (2011). Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal of epidemiology and community health*, 65(3), 273-280.

<https://doi.org/10.1136/jech.2009.087668>

Calleja, N., & Mason, T. (2020). Escala de bienestar subjetivo (EBS-20 Y EBS-8): construcción y validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*. 2(55), 185-201.

<https://www.aidep.org/sites/default/files/2020-04/RIDEP55-Art14.pdf>

Calleja, N., Mason, T. A., & Gómez, O. (2022). Escala de bienestar subjetivo, versión corta (EBS-8): Revalidación, invarianza de medición y teoría de respuesta al ítem. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 203-217.

<https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.13>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la ley general de salud: última reforma DOF 02-04-2014*.

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Campbell, A., Converse, P. E., & Rogers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfaction*. Russell Sage.

<https://www.russellsage.org/publications/quality-american-life>

Cantarero, R., & Potter, J. (2014). Quality of life, perceptions of change, and psychological well-being of the elderly population in small rural towns in the Midwest.

International journal of aging & human development, 78(4), 299-322.

<https://doi.org/10.2190/AG.78.4.a>

- Carbonell, J., Carbonell, M., & González, N. (2012) *Las familias en el siglo XXI: una mirada desde el Derecho*. (1ª ed.). Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Carmeli, A., Yitzhak-Halevy, M., & Weisberg, J. (2009). The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *Journal of Managerial Psychology*, 24(1), 66-78. <https://doi.org/10.1108/02683940910922546>
- Carreón, L. T., & Martínez, M. D. (2016). *Funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor con diabetes tipo 2*. [Tesis de Maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. Repositorio de Acceso Abierto los docentes e investigadores de la BUAP. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/2237>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *The American psychologist*, 54(3), 165-181. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.54.3.165>
- Casasa, P., Ramírez, E., Guillén, R., Sánchez, A., & Sánchez, S. (2016). *Salud, familia y enfermería* (1ª ed.). El Manual Moderno S. A. <https://books.google.com.ec/books?id=zPvDAAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3920711/>
- Cassinda, V. M., Angulo, L. G., Louro, I., & Guerra Morales, V. (2016). Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4). Recuperado de <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/137/104>

- Castañeda-Lechuga, C. H., Macias-Ruvalcaba, S., Gallegos-Sánchez, J. J., & Villarreal-Angeles, M. A. (2020). Mejora de constructos físicos en adultos mayores de la zona norte de México. *Retos*, 37, 258-263. <https://doi.org/10.47197/retos.v37i137.62258>
- Castellanos-Ruiz, J., Gómez-Gómez, D. E., & Guerrero-Mendieta, C. M. (2017). Condición física funcional de adultos mayores de centros día, vida, promoción y protección integral, Manizales. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 22(2), 84-97. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.2.7>
- Castro Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. relaciones entre bienestar hedónico y eudamónico: un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31, 37-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5064327>
- Chen, Y, Peng Y., & Fang, P. (2016). Emotional intelligence mediates the relationship between age and subjective well-being. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(2),91-107. <https://doi.org/10.1177/0091415016648705>
- Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., & Wheaton, B. (2001). Measuring psychological well-being in the Canadian Study of Health and Aging. *International psychogeriatrics*, 13 (Suppl), 79-90. <https://doi.org/10.1017/s1041610202008013>
- Cobo-Mejía, E. A., Ochoa, M. E., Ruiz, L. Y., Vargas, D. M., Sáenz, A. M., & Sandoval-Cuellar, C. (2016). Confiabilidad del senior fitness test versión en español, para población adulta mayor en Tunja-Colombia. *Archivos de Medicina del Deporte*, 33(6), 382-386. https://archivosdemedicinadeldeporte.com/?modo=buscar_revista&palabras=Senior+Fitness+Test&buscar=Buscar&fechadesde=&fechahasta=

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2004). *Población, envejecimiento y desarrollo*. CEPAL.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13059/S044282_es.pdf?sequence=1

Comisión Nacional de Bioética. (2022, 8 de febrero). *Código de Nüremberg*. Gobierno de México, Normatividad Internacional.

<https://www.gob.mx/salud%7Cconbioetica/articulos/normatividad-internacional?idiom=es>

Comisión Nacional de Bioética. (2022b, 12 de febrero). *Informe Belmont*. Gobierno de México, Normatividad Internacional.

<https://www.gob.mx/salud%7Cconbioetica/articulos/normatividad-internacional?idiom=esInstituto>

Condezo, B. Y. I., & Quispe, C. P. F. (2022). *Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca - 2022*. [Tesis para optar el título profesional, Universidad Continental Perú]. Repositorio Institucional Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/11746>

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34457>

Corbin, C. B., Le, G. C., & McConnell, K. E. (2014). *Fitness for Life*. (6ª ed.). Human Kinestics. <https://us.humankinetics.com/blogs/excerpt/what-is-physical-fitness>

Cosentino, A. C., & Castro, A. (2015). IVyF: Validez de un Instrumento de medida de las fortalezas del carácter de la clasificación de Peterson y Seligman (2004).

Psicodebate, 15(2), 99-122. <https://doi.org/10.18682/pd.v15i2.343>

- Cozby, P. C. (2005). *Metodología de investigación del comportamiento* (8ª ed.). McGraw-Hill.
- Crespo, J. J., Casal Nuñez, P., & Blanco Moure, A. (2009). Sobre “La condición física saludable del anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(6), 352-353.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.05.006>
- Cuadra-Peralta, A., Medina, E. F., & Salazar, K. J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 56-67.
<https://revistalimite.uta.cl/index.php/limite/article/view/54>
- Cuello, M. I. (2018). *Evaluación de las tres rutas de acceso al bienestar. Una comparación entre jóvenes y adultos mayores de CABA*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-122/248>
- Cummins, R. A. (1997) The comprehensive Quality of life scale - Intellectual disability: An instrument under development. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*. 17(2), 259-264.
<https://doi.org/10.1080/07263869100034481>
- Dabove, M. I., & Prunotto, A. (2006). *Derecho a la ancianidad: perspectiva interdisciplinaria*. Juris.

<https://books.google.com.cu/books?id=fJ830DL7GIYC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Darling, R. C., Eichna, L. W., Heath, C. W., & Wolff, Harold. (1948). Physical fitness.

Journal of the American Medical Association, 136(11), 764-766.

<https://doi.org/10.1001/jama.1948.72890280001008>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior, *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.

https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Dhillon, S. K. (2018). Emotional intelligence: a comparative study on age and gender differences. *Index in Cosmos*, 8(9), 670-681.

[https://www.researchgate.net/profile/Sukhmani-](https://www.researchgate.net/profile/Sukhmani-Dhillon/publication/328410006_Emotional_Intelligence_A_Comparative_study_on_Age_and_Gender_Differences/links/5bcb71e8299bf17a1c62eaba/Emotional-Intelligence-A-Comparative-study-on-Age-and-Gender-Differences.pdf)

[Dhillon/publication/328410006_Emotional_Intelligence_A_Comparative_study_on_Age_and_Gender_Differences/links/5bcb71e8299bf17a1c62eaba/Emotional-Intelligence-A-Comparative-study-on-Age-and-Gender-Differences.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sukhmani-Dhillon/publication/328410006_Emotional_Intelligence_A_Comparative_study_on_Age_and_Gender_Differences/links/5bcb71e8299bf17a1c62eaba/Emotional-Intelligence-A-Comparative-study-on-Age-and-Gender-Differences.pdf)

Durand, M. A. (2018). Calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote - 2018. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional.

<https://dspace.um.edu.mx/handle/20.500.11972/357>

Duran-Badillo, T., Herrera, J. L., Salazar, M. E., Míreles, M. A., Saavedra, M. O., & Ruiz, J. M. (2022). Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Ciencia y enfermería*, 28(3), 1-10.

<https://dx.doi.org/10.29393/ce28-3fftj60003>

- Durán, F., & Leyva, C. (2014). Generalidades e importancia del ejercicio físico para la salud. *Efdeportes*, 296, 1. <https://www.efdeportes.com/efd189/importancia-del-ejercicio-fisico-para-la-salud.htm>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Esain, I., Gil, S. M., Rodríguez-Larrad, A., Duñabeitia-Usategui, I., & Bidaurrezaga-Letona, I. (2021). Mujeres mayores de 65 años que realizan ejercicio físico supervisado: diferencias en la capacidad física, la actividad física y la calidad de vida en función de su velocidad de la marcha. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 56(6), 343-348. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.06.008>
- Extremera, N., & Fernández, P. (2010). *La medición de la inteligencia emocional mediante instrumentos de ejecución: la adaptación española del test MSCEIT*. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga.
<https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=2712>
- Fauzan, S. M., Setyawati, T., Sdrridani, N. W., Devi R., & Nur, R. (2020). Family function and quality of life in elderly in Palu City, Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(6), 1252-1256.
<https://dpi.org/10.37200/IJPR/V24I8/PR280188>
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Intervención Psicosocial*, 10(3), 277-284.
<https://journals.copmadrid.org/pi/art/2eace51d8f796d04991c831a07059758>

- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29(1), 1-6.
<https://doi.org/10.35362/rie2912869>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera-Pacheco, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27411927005>
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-135.
https://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/territoris/index/assoc/Territor/is_2005v/05p117.dir/Territoris_2005v05p117.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento. Informe técnico*. https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Una_mirada_sobre_el_envejecimiento.pdf
- Frías-Luque, M. D., & Toledano-González, A. (2022). Determinants of quality of life and well-being in cognitively unimpaired older adults: a systematic review. *PeerJ Hubs*, 10, e12900. <https://doi.org/10.7717/peerj.12900>
- Fry P. S. (2000). Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell use about it?. *International journal of aging & human development*, 50(4), 361-383.
<https://doi.org/10.2190/DD41-W8F4-W6LK-FY8Q>

Gallardo, P. L. P., Díaz, A. P. L., Mamani, M. M. P., Ramírez, A. N. M., & Zambrano, H.

E. A. (2021). Calidad de vida en personas mayores de entornos rurales: diferencias entre hombres y mujeres. *Ciencia y enfermería*, 27(33), 1-11.

<https://dx.doi.org/10.29393/ce27-33cvle50033>

García-Méndez, M., Méndez-Sánchez, M. del P., Rivera-Aragón, S., y Peñaloza-Gómez, R.

(2017). Escala de funcionamiento familiar. Propiedades psicométricas modificadas en una muestra mexicana. *Revista Iberoamericana de psicología*, 10(1), 19-28.

<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.10103>

García-Viniegras, C. R. V. (2010). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la

calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2).

<https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19260>

Garatachea, N., Val, R., Calvo, I., & De Paz Fernández, J. A. (2004). Functional physical

condition valuation, by means of the Senior Fitness Test, of a group of elders who undertake a physical activity program. *Apuntes. Educación Física y Deportes*, 76,

22-26. [https://revista-apuntes.com/valoracion-de-la-condicion-fisica-funcional-](https://revista-apuntes.com/valoracion-de-la-condicion-fisica-funcional-mediante-el-senior-fitness-testde-un-grupo-de-personas-mayores-que-realizanun-programa-de-actividad-fisica/)

[mediante-el-senior-fitness-testde-un-grupo-de-personas-mayores-que-realizanun-programa-de-actividad-fisica/](https://revista-apuntes.com/valoracion-de-la-condicion-fisica-funcional-mediante-el-senior-fitness-testde-un-grupo-de-personas-mayores-que-realizanun-programa-de-actividad-fisica/)

Garcés, P. (2020). Humanizing development: Taking stock of Amartya Sen's capability

approach. *Problemas del Desarrollo*, 51(203), 191-212.

<https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2020.203.69586>

García, G., & Arteaga, D. P. (2018). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento: sitio*

web dirigido al adulto mayor. Universidad Iberoamericana Puebla.

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3636>

- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento*, 16(8), 13-29.
<https://www.enclavesdelpensamiento.mx/index.php/enclaves/article/view/1>
- García-Viniegras, C. R. V. (2010). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(2).
<https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19260>
- Giraldo, L., & Gutiérrez, R. (2015). *Realidades y expectativas frente a la nueva vejez*. Encuesta Nacional de Envejecimiento: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). <http://www.librosoa.unam.mx/handle/123456789/431?show=full>
- Girón, R. (2010). La actividad física para personas mayores. *Efdeportes*, 147, 1.
<https://www.efdeportes.com/efd147/la-actividad-fisica-para-personas-mayores.htm>
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 320-331. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.320>
- Goleman, D. P. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. Bantam Books.
- Goleman, D. P. (1999). *La práctica de la Inteligencia Emocional*. Barcelona. Paidós.
- Goleman, R. J. D. (2022). *Inteligencia emocional: 4 libros en 1 controlar y comprender las emociones: aumentar autoestima y disciplina, terapia cognitivo conductual tcc, psicología oscura y manipulación*. Las Vegas, Nevada.
- Góngora, V. C. (2020). Fortalezas de carácter en pacientes adultos en tratamiento psicoterapéutico. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 37(1).
<https://www.redalyc.org/journal/180/18062047020/html/>

- González-Celis, A. L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria* (1ª ed., pp. 366-376). Instituto Nacional de Geriátría (INGER). <http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/handle/20.500.12100/17392>
- González-Gallego, J. (2006). *Desarrollo de una batería de tests para la valoración de la capacidad funcional en las personas mayores (VACAFUN-ancianos), y su relación con los estilos de vida, el bienestar subjetivo y la salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=311098>
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. En Consejo Nacional de Población. (Ed.), *La situación Demográfica de México, 2015* (pp. 131-146). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/153182/La_Situacion_Demografica_de_Mexico.pdf
- Gutiérrez, L. M., Agudelo, M., Giraldo, L., & Medina, R. H. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Instituto Nacional de Geriátría. <http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/handle/20.500.12100/17408>
- Guzmán, A. M. & Almeida, L. (2019). *Funcionamiento familiar y bienestar psicológico en estudiantes de psicología de la pontificia universidad católica del ecuador sede Ambato*. [Tesis de para optar por el título profesional, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCESA. <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/2898>
- Hagman, C., Janson, C., & Emtner, M. (2008). A comparison between patients with dysfunctional breathing and patients with asthma. *The clinical respiratory journal*, 2(2), 86-91. <https://doi.org/10.1111/j.1752-699X.2007.00036.x>

- Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., & Suarez-Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170254309009>
- Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 397-405. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.3.21>
- Hernández, V., Prada, R., & Hernández, C. A. (2018). Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(2), 243-262. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0002.04>
- Herrera, P. M. (2008). Jubilación y vejez, su repercusión en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4), 1-7.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400008&lng=es&tlng=es.
- Ho, M. C., Jaafar, J. L. S., & Ng, Z. S. (2022). Mediating role of psychological well-being in the relationship between family functioning and internet addiction among youth in Klang Valley, Malaysia. *International Journal of Education, Psychology and Counseling*, 7(47), 301-312. <https://doi.org/10.35631/IJEPC.747026>
- Horacio, R., & Fernández, M. M. (2021). Estudio comparativo del bienestar y el acceso al bienestar en la vejez. *Psicología del desarrollo*, 2(enero-junio), 1-15.
<https://doi.org/10.59471/psicologia20215>

- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & mental health*, 7(3), 186–194.
<https://doi.org/10.1080/1360786031000101157>
- Iglesias-Souto, P. M., & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 67-134. https://www.sciencedirect.com/journal/revista-espanola-de-geriatria-y-gerontologia/vol/40/issue/2?fbclid=IwAR2kjJl1jrXXT0G8InWZFTS2cy2nWS8F4zWtSdLNp1tK3_MeBTlxpPMoojs
- Instituto Mexicano de Seguro Social. (2011). *Guía práctica clínica para la valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio*. Catálogo Maestro de Guías de Prácticas Clínica: IMSS-491-11.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014,25 de septiembre). “*Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de octubre)*” [comunicado de prensa].
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/adultos15.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Cambios psicosociales del envejecimiento*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2023). La debilidad muscular, las alteraciones en su caminar y equilibrio, son las causas más comunes de caídas en

personas mayores. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-debilidad-muscular-las-alteraciones-en-su-caminar-y-equilibrio-son-las-causas-mas-comunes-de-caidas-en-personas-mayores>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Panorama de las religiones en México 2020. *INEGI*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463910404.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021,23 de abril). *Censo de población y vivienda 2020: estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales)* [comunicado de prensa].

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDisca p21.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023, 6 de julio). *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva 2021* [comunicado de prensa].

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023, 6 de julio). *Estadísticas a propósito del día mundial de la población (datos nacionales)* [comunicado de prensa].

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23 .pdf

Jara, T. P. A., Lucas, T. S. E., & Villegas, R. D. A. (2023). *Funcionalidad familiar y su relación con la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Poblado Santa Rosa,*

- Moquegua* 2022. [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Sistema de bibliotecas. <http://hdl.handle.net/11349/7013>
- Kang, H., & Kim, H. (2022). Ageism and psychological well-being among older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8, 1-22. <https://doi.org/10.1177/23337214221087023>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Krzemien, D., & Lombardis, E. (2003). Egracios de participación social y salud en la vejez femenina. *Estados Interdisciplinarios Sobre O Envelhecimento*, 5,37-55. <https://doi.org/10.22456/2316-21714728>
- Lawton, M. P. (1983). Environment and Other Determinants of Weil-Being in Older People. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C., & Deutchman, D. E. (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-101275-5.50005-3>
- León, D., Rojas, M., & Campos, F. (2011). *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Pontificia Universidad Católica de Chile. http://www.adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- León, F. J. (2011). Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: retos para la bioética. *Acta bioethica*, 17(1), 19-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100003>

- Lips, W., & Urenda, C. (2014). La medicina en la civilización griega antigua prehipocrática. *Gaceta Médica de México*, 3, 369-376.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55416>
- López, J. A., González, R. A., & Tejada, J. M. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala de calidad de vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación y Avaliação Psicológica*, 2(44), 105-115. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
- López, M. T., Barrera, M. I., Cortés, J. F., & Metz, M. J. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental*, 34(2), 111-120.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200004&lng=es&tlng=es.
- López, R. (2019). Bienestar y desarrollo: evolución de dos conceptos asociados al bien vivir. *Telos, Revista Científica Arbitraria*, 21(2), 288-312.
<https://doi.org/10.36390/telos212.03>
- Luarque, C., Garrido, A., Pacheco, J., & Daolio, J. (2016). Antecedentes históricos de la actividad física para la salud. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 17(1), 67-76.
<https://revistacaf.ucm.cl/article/view/92>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). El cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL): estudios españoles de desarrollo y validación. *Quality of Life Research*, 21(1), 161-165. <https://doi.org/10.1007/S11136-011-9926-3>
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.548054>

- Ludi, M. C. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemáticas y desafíos. *Revista Cátedra Paralela*, 8(1), 33-47. <https://doi.org/10.35305/cp.vi8.122>
- Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E., & Augusto-Landa, J. M. (2018). The importance of emotional intelligence and cognitive style in institutionalized older adults quality of life. *The Journal of General Psychology*, 145(2), 120-133. <https://doi.org/10.1080/00221309.2018.1437384>
- Makwana, G., & H, E. (2023). Psychological Well-being and Quality of Life among the Indigenous Elderly Ecuadorians. *International Journal of Psychological Studies*, 15(3), 1-39. <https://ccsenet.org/journal/index.php/ijps/article/view/0/49148>
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 37, 20-21. <http://hdl.handle.net/10366/126729>
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Ramos, V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 861-890. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v8i21.1388>
- Martínez, F. P., Becerra, D. M., Moncada, E. R., Andrade, J. G., & Hernández, H. G. (2020). *Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del hospital general de zona con medicina familiar no. 2. del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí*. [Tesis para optar el título especialidad, Universidad de San Luis Potosí]. Repositorio Institucional UASLP. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7244>
- Martínez, M. D., & Martínez, C. (2021). ¿Cómo evoluciona la inteligencia emocional con la edad en hombres y mujeres?. En Soler, J. L., Pedrosa, J. J., Royo, A., Sanchez,

- R., & Sierra, V. (Eds.), *Inteligencia emocional y bienestar IV reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones* (pp. 309-314). Ediciones Universidad de San Jorge.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and Personality*. (3ª ed.). Harper & Row, Publishers, Inc.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.): *Emotional development and emotional intelligence: Educational applications* (pp. 3-31). Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0. Toronto, Canada: Multi-Health Systems
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3(1), 97–105.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.97>
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
<https://www.jstor.org/stable/20447229>
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Meléndez, J. C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101–112. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.bpfe>
- Méndez-Chávez, A., Moreno-Vergara, L., Olascoaga-Montaña, O., Navarro-Obeid, J., Vergara-Álvarez, M., & Martínez, I. (2023) Bienestar psicológico en adultos mayores jubilados y no jubilados. *Revista Acciones Médicas*, 2(1), 66-75.
<https://doi.org/10.35622/j.ram.2023.01.006>
- Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C., & Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la

- autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 115-124.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
- Mingorance, D. L., Álvarez, H., Amor, G., Rincón, M., & Rodríguez, A. (2018). La denominación para las personas mayores. Un análisis genealógico. *Revista Académica de la Facultad de Ciencias Sociales Hologramática*, 36(1), 34-63.
<https://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=2079>
- Mireles, M. A., Durán, T., Guerra, J. A., & G. G. (2021). Dependencia funcional y calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónicas. En Durán, T., Salazar, M. E., & Félix, A. (Eds.), *Envejecimiento saludable y calidad de vida: contribución científica de enfermería* (pp. 61-70). Colofón.
- Monardes, C., González-Gil, F., & Soto-Pérez, F. (2012). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 2, 68-86. <http://journals.openedition.org/polis/943>
- Montes de Oca, V. Z. (2004). Envejecimiento y protección familiar. Límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar. En Ariza, M., & Oliveira, O. (Eds.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo* (pp. 519-563). UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales. <https://ru.iis.sociales.unam.mx/handle/IIS/4389>
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. *Revista Movimiento Humano y Salud*, 1(1), 1-12.
<http://dx.doi.org/10.15359/mhs.1-1.3>
- Moradi, F., Tourani, S., Ziapour, A., Abbas, J., Hematti, M., Moghadam, E. J., Aghili, A., & Ali, S. (2020). Emotional intelligence and quality of life in elderly diabetic

- patients. *International Quarterly of Community Health Education*, 42(1) 1-6.
<https://doi.org/10.1177/0272684X20965811>
- Nava, M. G. (2012). La calidad de vida: análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v11i3.143>
- Nibedita, J., Das, S., & Kumar, H. K. (2018). Quality of life, psychological well-being, and depression among elderly: A correlational study. *Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, 4(2), 0039-0044.
<https://doi.org/10.19080/GJIDD.2018.04.555635>
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Ochoa-González, M. E., Cobo-Mejía, E. A., Ruiz-Castillo, L. Y., Vargas-Niño, D. M., & Sandoval-Cuellar, C. (2014). Cross-cultural adaptation of the English version of the senior fitness test to Spanish. *Revista Facultad de Medicina*, 62(4), 559-570.
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n4.44278>
- Ofori-Asenso, R., Zomer, E., Curtis, A., Zoungas, S., & Gambhir, M. (2018). Measures of population ageing in Australia from 1950 to 2050. *Journal Populat Agein*, 11(4), 367-385. <https://doi.org/10.1007/s12062-017-9203-5>
- Ojeda, Y. (2013). *Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales* [Tesis de maestría, Universidad del Bío-Bío]. Repositorio Digital Sistema de Bibliotecas Universidad del Bío-Bío
<http://repobib.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/330>
- Olmos, C., & Silva, R. (2011). El desarrollo del Estado de bienestar en los países capitalistas avanzados: Un enfoque sociohistórico. *Revista Sociedad y Equidad*, 1,1-19. <https://doi.org/10.5354/rse.v0i1.10599>

- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Osuna, J. A. (2009). Globalización y envejecimiento. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 7(1), 3-13.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102009000100002&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo. Un marco político. *Revista Española de geriatría y gerontología*, 37, 74-105.
https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241599979>
- Oyarzún, M. (2009). Función respiratoria en la senectud. *Revista médica de Chile*, 137(3), 411-418. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000300014>
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. & Casullo, M. M., (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: Socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 329-341.
<https://www.ansiedadestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2006/anyes2006a26.pdf>
- Palomino, B., & López, G. (1999). Reflexiones sobre calidad de vida y desarrollo. *Región y sociedad*, 17, 171-185. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10201706>
- Pangrazi, R. P., & Hastad, D. N. (1989). *Fitness in the elementary schools: A Teacher's Manual*. (2ª ed.). American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, Reston, VA. <https://eric.ed.gov/?id=ED308159>

- Paredes, J. G., Vidaurre, M. A., Calonge, D. M. (2018). Inteligencia emocional y calidad de vida en adultos mayores. *Horizontes. Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 2(5), 38-47. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v2i5.43>
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Pérez, G., De-Juanas, Á., Cuenca, E., Limón, R., Lancho, J., Ortega, M. del C., & M, Á. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Ciencias sociales y jurídicas. https://www.researchgate.net/publication/257938053_Calidad_de_vida_en_personas_adultas_y_mayores
- Periódico Oficial, Gaceta del Gobierno y LEGISTEL. (2023). *Sistema para el desarrollo integral de la familia del Estado de México*. <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2023/enero/ene131/ene131b.pdf>
- Perry, A., Casey, E., & Cotton, S. (2015). Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. *International journal of language & communication disorders*, 50(4), 467-475. <https://doi.org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/1460-6984.12148>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press, American Psychological Association. http://www.ldysinger.com/@books1/Peterson_Character_Strengths/character-strengths-and-virtues.pdf

- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 6(1), 25–41.
<https://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448. <http://dx.doi.org/10.1002/per.416>
- Polenick, C. A., Fredman, S. J., Birditt, K. S., & Zarit, S. H. (2018). Relationship Quality with Parents: Implications for Own and Partner Well-Being in Middle-Aged Couples. *Family process*, 57(1), 253–268. <https://doi.org/10.1111/famp.12275>
- Polo, R., F. Y., & Vallejos, N. K. (2022). *Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la Clínica CENESA de Jesús María. Lima–Perú 2021*. [Tesis para optar el título profesional, Universidad Interamericana]. Repositorio Institucional.
<http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/244>
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, 131(6), 925-971. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.925>
- Programa de Salud Mental. (2002). WHOQOL Calidad de Vida. División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.
<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/index.htm>
- Queirolo, S. A., Barboza, M., & Ventura-León, José. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*, 19(60), 259-288. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420681>

- Rahmadhani, W., Herniyatun, H., & Chamroen, P. (2022). Family functions, social support and quality of life among elderly during pandemic COVID-19: A cross-sectional study. *International Journal of Health Sciences*, 6(S4), 1540-1550.
<https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS4.6281>
- Rehab, E. M., Mawaheb, M. Z., & Hend, A. M. (2021). Impact of urinary incontinence on psychological well-being and quality of life among elderly people. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(1), 1046-1062. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.170487>
- Raphael, D., Renwick, R., Brown, I., Steinmetz, B., Sehdev, H., & Phillips, S. (2001). Making the links between community structure and individual well-being: Community quality of life in Riverdale, Toronto, Canadá. *Health & place*, 7(3), 179-196. [https://doi.org/10.1016/s1353-8292\(01\)00008-9](https://doi.org/10.1016/s1353-8292(01)00008-9)
- Rikli, R. E., & Jones, J. (1999). Functional fitness normative score for community-residing older adults, ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 162-181.
<https://doi.org/10.1123/japa.7.2.162>
- Rikli, R., & Jones, C. (2001). *Senior fitness test manual* (2^a ed.). Human Knetics.
https://books.google.com.mx/books/about/Senior_Fitness_Test_Manual.html?id=NXfXxOFFOVwC&redir_esc=y
- Rivera, A. (2003). *Espiritualidad y salud mental en adultos mayores*. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de México]. Facultad de Psicología, UNAM.
https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000319105
- Rodríguez, N., & García, M. (2006). La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación (Instituto Pedagógico de Caracas)*, 57, 49-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053485>

- Romero, A. E., Zapata, R., García-Mas, A., Brustad, R. J., Garrido, R., & Letelier, A. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte, 19*(1), 117-133.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235116414008>
- Romero, Q. Y. Y., & Ruiz. R. M. T. (2018). *Calidad de vida y funcionamiento familiar del adulto mayor. Centro de Salud Carmen Alto, Comas-2018*. [Tesis para optar el título profesional, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital Institucional.
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/18067>
- Roschel, H., Arioli, G. G., & Gualano, B. (2020). Risk of increased physical inactivity during COVID-19 outbreak in older people: A call for actions. *Journal of the American Geriatrics Society, 68*(6), 1126-1128. <https://doi.org/10.1111/jgs.16550>
- Rubio, R., Cerquera, A., Muñoz, R., & Pinzón, E. (2011). Concepciones populares sobre soledad de los adultos mayores de España y Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 7*(2), 307-319.
http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=6792_2761008
- Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y Cuidado, 18*(3), 86-99. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>
- Ruiz, C., & Orozco, M. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar, 11*(4), 147-149.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719071001>
- Ruiz-Domínguez, L. C., & Blanco-González, L. (2019). Bienestar psicológico y medios de intervención cognitiva en el adulto mayor. *Archivos Venezolanos de Farmacología*

- y *Terapéutica*, 38(5), 445-452.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55962867013>
- Russell, R. (2012). The evolving definition of physical fitness. *Quest*, 40(3), 174-179.
<https://doi.org/10.1080/00336297.1988.10483898>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, C., Epstein, N. B., Kaitner, G. I., Miller, I. W., & Bishop, D. S. (2005). *Evaluating and treating families. The McMaster Approach*. Routledge Taylor & Francis Group.
https://isucounselingresources2017.weebly.com/uploads/1/1/3/4/11344496/the_mcmaster_approach__book_.pdf
- Ryff C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
<https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>

- Ryff, C. D., Radler, B. T., & Friedman, E. M. (2015). Persistent psychological well-being predicts improved self-rated health over 9-10 years: longitudinal evidence from MIDUS. *Health psychology open*, 2(2),1-11.
<https://doi.org/10.1177/2055102915601582>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology & Health*, 17(5), 611-627.
<https://doi.org/10.1080/08870440290025812>
- Sánchez-Canovas, J. (2021). *EBP. Escala de Bienestar Psicológico*. (4.^a ed.). Hogrefe TEA Ediciones.
- Sánchez-Núñez, M.T., & Latorre, J. M. (2012). Inteligencia emocional y clima familiar. *Psicología Conductual*, 20(1), 102-117. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/01.Fernandez-Berrocal_20-1oa.pdf
- Sarode, M., Putambekar, A., & Oberoi, M. (2019). Physical fitness and quality of life in exercising v/s non exercising community dwelling elderly. *International Journal of*

Humanities and Social Science Invention, 8(5), 13-16.

<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0188335>

Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En Verdugo, M. A. (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-41). Amarú.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=515639>

Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2513348>

Schuessler, K. F., & Fisher, G. A. (1985). Quality of life research and sociology. *Annual Review of Sociology*, 11, 129-149.

<https://doi.org/10.1146/annurev.so.11.080185.001021>

Schutte N. S., Malouff J. M., Thorsteinsson E. B., Bhullar N., & Rooke S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177.

[https://doi.org/167-177.10.1016/s0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/167-177.10.1016/s0191-8869(98)00001-4)

Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333-335.

<https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>

- Seligman, M. (2011). *Florín: A visionary new understanding of happiness and well-being* (1 ed.). Free Press.
- Serra, M. Á. (2016) Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. *Revista Finlay*, 6(2), 167-170.
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
- Serrano, J. A. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Gaona-Pineda, E. B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., & Rivera-Dommarco, J. (2022). Encuesta nacional de salud y nutrición 2021 sobre covid-19: resultados nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 63(3), 444-451. <https://doi.org/10.21149/12580>
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2021). *Proposición con punto de acuerdo por la que se exhorta respetuosamente a diversas legislaturas de los estados a incorporar como delito el abandono de personas adultas mayores*. https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_comision_permanente/ficha/proposicion/154
- 18
- Siverová, J., & Bužgová, R. (2014). Influence reminiscence therapy on quality of life patients in the long-term hospital. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(1), 21-28. https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201401-0005_vliv-reminiscencni-terapie-na-kvalitu-zivota-pacientu-v-lecebne-dlouhodobe-nemocnych.php

- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by Physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2012). *Guía de ejercicio físico para mayores "Tu salud en marcha"*. <https://www.segg.es/publicaciones/biblioteca-online-segg>
- Solà-Serrabou, M., López, J. L., & Valero, O. (2019). Effectiveness of training in the elderly and its impact on health-related quality of life. *apunts. Educación Física y Deportes*, 137, 30-42. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2019/3\).137.03](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2019/3).137.03)
- Solis-Guerrero, E. E., & Villegas-Villacrés, N. (2021). Bienestar psicológico y percepción de calidad de vida en adultos mayores indígenas del Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 6(5), 1104-1117. <https://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i5.2732>
- Studenski, S., Perera, S., Patel, K., Rosano, C., Faulkner, K., Inzitari, M., Brach, J., Chandler, J., Cawthon, P., Connor, E. B., Nevitt, M., Visser, M., Kritchevsky, S., Badinelli, S., Harris, T., Newman, A. B., Cauley, J., Ferrucci, L., & Guralnik, J. (2011). Gait speed and survival in older adults. *JAMA*, 305(1), 50-58.
<https://doi.org/10.1001/jama.2010.1923>
- Szczęśniak, M., & Tułeczka, M. (2020). Family functioning and life satisfaction: the mediatory role of emotional intelligence. *Psychology research and behavior management*, 13, 223-232. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S240898>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7^a ed.). Pearson.
- Teyssier, M. (2015). *Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla, México*. [Disertación doctoral, Universidad de Santiago de Compostela].

Facultas de Ciencias de la educación, Universidad de Compostela.

<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/13936>

Thanakwang, K., Ingersoll-Dayton, B., & Soonthornhdhada, K. (2012). The relationships among family, friends, and psychological well-being for *Thai elderly*. *Aging & mental health*, *16*(8), 993–1003. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.692762>.
<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.692762>

Thompson, G. W., Zack, M. M., Krahn, G. L., Andresen, E. M., & Barile, J. P. (2012). Health-related quality of life among older adults with and without functional limitations. *American Journal of Public Health*, *102*(3), 496-502.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300500>

Tomás, J. M., Germes, A. O., Pardo, E. N., Meléndez, J. C., & Sena, C. M. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, *44*(4), 180-185.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.004>

Tóth, E. E., Vujió, A., Ihász, F., Ruíz-Barquín, R., & Szabo, A. (2023). Functional fitness and psychological well-being in older adults. *Research Square*, *1*, 1-20.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2951677/v1>

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, *138*(3), 358-365. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>

Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

- Veloz, E. L., & Vega F. V. (2023). Relación entre la inteligencia emocional y la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Scientific*, 8(28), 76-93.
<https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2023.8.28.4.76-93>
- Velarde-Jurado, E., & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342002000400009
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., & Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la escala FUMAT*. INICO. <https://inico.usal.es/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-en-personas-mayores-la-escala-fumat/>
- Vergara, T., & González-Celis, A. L. (2009). Psicoterapia cognitiva conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(2), 155-189.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212414010>
- Verghese, J., Lipton, R. B., Hall, C. B., Kuslansky, G., Katz, M., J., & Buschke, H. (2002). Anormalidad de la marcha como predictor de demencia no relacionada con el Alzheimer. *The New England Journal of Medicine*, 347, 1761-1768.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa020441>
- Villa, V. (2007). *El adulto mayor y autocuidado*. Trillas.
- Villar, F., Vila-Miravent, J. Celdán, M., & Fernández, E. (2015). Assessing the well-being of patients with dementia: Validity and reliability of the Spanish version of the Dementia Care Mapping (DCM) tool. *Studies in Psychology*, 36(2), 389-412.
<https://doi.org/10.1080/02109395.2015.1026124>

- Villarreal-Angeles, M. A., Moncada-Jimenez, J., & Ruiz-Juan, F. (2021). Mejora de variables psicológicas en Adultos Mayores mediante Pilates. *Retos*, 40, 47-52.
<https://doi.org/10.47197/retos.v1i40.74307>
- Viteri, E., Terranova, A. E., & Velis, L. M. (2018). Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. *Revista Lasallista de Investigación*, 15(2), 300-314.
<https://doi.org/10.22507/rli.v15n2a23>
- Watanabe, B. Y. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i1.826>
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué es calidad de vida?. *Foro mundial de la salud 1996*; 17(4), 385-387 <https://iris.who.int/handle/10665/55264>
- WHOQOL Group (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Programme on Mental Health World Health Organization Geneva. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHOQOL-BREF>
- Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2008). The evaluation of a self-enumerated Scale of Quality of Life (CASP-19) in the context of research on ageing: A combination of exploratory and confirmatory approaches. *Social Indicators Research*, 89(1), 61–77. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9220-5>
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., y Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(4), 585-600.
<https://dx.doi.org/10.1017/S0144686X05003454>
- World Health Organization. (2006). *Manual WHOQOL-OLD*. European Office Copenhagen. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>

- World Health Organization. (2009). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version, december 1996. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- Yalcin, B. M., Karahan, T. F., Ozcelik, M., & Igde, F. A. (2008). The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 34(6), 1013-1024.
doi:10.1177/0145721708327303
- Yuan, Y., Xu, H., Zhang, S., Wang, Y., Kitayama, A., Takashi, E., Gong, W., & Lian J. (2021). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between family functioning and quality of life among elders with chronic disease. *Nursing Open*, 8(6), 3566-2574. <https://doi.org/10.1002/nop2.906>
- Zavala-González, M. A., & Domínguez-Sosa, D. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores. *Psicogeriatría*, 2(1), 41-48.
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf

Anexos

Anexo 1

Carta de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD



 Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado **“Predictores de la calidad de vida en personas mayores del Valle de Toluca: análisis de regresión múltiple”** que se realizará en la **Casa de día del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM)** a cargo del/la **Lic. Melissa Sánchez Rodas**, estudiante de la maestría en Psicología y Salud del Centro Universitario UAEM Ecatepec, el cual tiene por objetivo **evaluar el grado en que la aptitud física, el bienestar psicológico, la inteligencia emocional y el funcionamiento familiar pueden predecir la calidad de vida de las personas mayores del Valle de Toluca**, de aquí se deriva la importancia de efectuar este estudio **existiendo una estrecha relación entre estas variables y el envejecimiento poblacional que da como consecuencia el vivir más años, pero este cambio demográfico no significa que envejeceremos con calidad de vida.** Por ello, se tomarán en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en obtener una calidad de vida cuando se llega a la etapa de la vejez.

La información que proporcione en este estudio será confidencial; la usará solo el equipo de investigación y con su difusión en congresos, conferencias, coloquios,

foros de expertos o artículos científicos y de divulgación. No estará disponible para ningún otro propósito que no sea académico y/o de investigación. Quedará identificado(a) con un seudónimo o una clave para proteger su privacidad y anonimato.

De acuerdo con el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación con seres humanos*, su participación en esta investigación conlleva un **riesgo mínimo** para su salud o para su persona. **Los beneficios que obtendrá serán en obtener información, posiblemente para diseñar y desarrollar programas de intervención para adoptar y mantener prácticas en la calidad de vida de los mayores y dirigir la formación de recursos adecuados para lograr cambios en los estilos de vida, así que se podría provocar una concientización en relación con temas de envejecimiento.**

Por lo anterior, hago constar que:

Se me informó que las **actividades/procedimientos** consisten en contestar seis cuestionarios y una prueba física que tomarán **aproximadamente 75 minutos**. Mi participación consistirá en **contestar todos los cuestionarios y realizar la prueba física**. Todos estos instrumentos abordarán cuestiones relacionadas con aspectos psicológicos, biológicos y sociales asociados con la calidad de vida.

Mi participación en esta investigación es voluntaria, por lo que estoy libre de negarme a responder algún cuestionario o de retirarme de la investigación cuando así lo decida, sin represalias o sanciones.

Estoy consciente de que no **recibiré ninguna compensación económica** por mi participación; pero a cambio, al término de mi participación, podría recibir **una**

plática sobre envejecimiento y calidad de vida. Así mismo, mi participación no me generará costos de ningún tipo ni antes, durante o después de la investigación. Si deseo obtener más información estoy enterado(a) que puedo contactar a la Lic. Melissa Sánchez Rodas a través del correo electrónico srmely@hotmail.com o en el teléfono 7223527579, o al Dr. Arturo Enrique Orozco Vargas en el correo electrónico aeorozcov@uaemex.mx.

Si desea participar, favor de llenar el siguiente apartado.

AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído y comprendido la información, así como resuelto dudas acerca de estas actividades de la investigación, se me ha explicado y me siento satisfecho con la información recibida y finalmente doy mi consentimiento.

Indique si acepta **participar voluntariamente** en la investigación:

Sí, acepto participar ()

No, acepto participar ()

Fecha: _____

Nombre y firma del participante

Anexo 2

Material de Reclutamiento



**TE INVITAMOS
A PARTICIPAR
EN LA
INVESTIGACIÓN**

**"PREDICTORES DE LA
CALIDAD DE VIDA EN
PERSONAS MAYORES"**



OBJETIVO

Evaluar el grado en que la aptitud física, el bienestar psicológico, la inteligencia emocional y el funcionamiento familiar pueden predecir la calidad de vida.

Pueden participar:

-  Hombres y mujeres de 60 años o más
-  Residentes en el Valle de Toluca

 Con tu participación nos apoyas a generar conocimiento científico para lograr una vida con calidad.

Registro

En la coordinación de la casa de día (DIFEM), del mes de agosto a diciembre del 2023.

!GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

CONTACTO

Toda la información proporcionada es confidencial apegándonos a la normatividad nacional e internacional.

Lic. en Gerontología Melissa Sánchez Rodas
7223527579 srmely@hotmail.com