

BIENESTAR EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR Y FACTORES ASOCIADOS

Velasco-Rodríguez Víctor Manuel ¹, Martínez-Ordaz Verónica Araceli², Contreras-Corona Rocío Guadalupe³, Ugarte Esquivel Alicia¹, Alemán-Amezcuca Jaime¹, Vaquera-Limonos José Luis¹

1.- Escuela Enfermería Universidad Autónoma Coahuila Unidad Torreón. (U.A.de C)

2.- Hospital Especialidades 71 Instituto Mexicano Seguro Social Torreón, Coahuila

3.- Alumno Doctorado en Ciencias Facultad de Medicina U.A. de C.

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar la percepción del adulto mayor sobre su bienestar emocional, la asociación de factores de salud, familiares, laborales, sociales y económicos con dicha percepción y el impacto que tiene sobre las actividades cotidianas.

MATERIALES Y METODOS. Diseño transversal. 230 adultos mayores de 60 años, elegidos aleatoriamente de población abierta. Entrevista para obtener variables sociales, culturales, laborales, económicas y de salud, escalas Folstein, SF36, violencia, Katz, apgar familiar y Yesavage. Análisis bivariado (X^2) y regresión logística (OR e IC95%) en SPSS 15.0

RESULTADOS: 106 sujetos (46%) refieren bienestar en la esfera emocional (puntuación arriba 75% en dimensión Salud Mental del SF 36). 91 perciben su bienestar emocional entre 50 y 75% y un 33 abajo del 50%. 38% tienen depresión leve a moderada. Los factores asociados con bienestar emocional en análisis multivariado son: Tener educación mayor de nivel primario (OR 0.10, IC95% 0.02-0.4), desarrollar actividades en clubs (OR 0.36, IC95% 0.13-0.98), no estar solo (OR 0.31, IC95% 0.12-0.78), tener ingreso económico que cubra sus necesidades (OR.139 IC 95% 0.057-0.343) y tener función cognitiva conservada (OR 0.27, IC95% 0.09-0.85). La no percepción de bienestar emocional se asocia con disminución de actividades sociales y en general correlaciona con limitación de actividades cotidianas. ($r=0.428$, $p<0.001$). Los problemas de salud, riesgo de caídas y dependencia física no impactan tanto en el bienestar emocional.

CONCLUSIONES. La esfera emocional del adulto mayor es importante en su bienestar subjetivo global y en su calidad de vida y es condicionante de la manera de afrontar la actividad diaria.

EMOTIONAL WELL-BEING OF OLD PEOPLE AND ASSOCIATED FACTORS

Velasco-Rodríguez Víctor Manuel ¹, Martínez-Ordaz Verónica Araceli², Contreras-Corona Rocío Guadalupe³, Ugarte Esquivel Alicia¹, Alemán-Amezcuca Jaime¹, Vaquera-Limonos José Luis¹

1.- Escuela Enfermería Universidad Autónoma Coahuila Unidad Torreón. (U.A.de C)

2.- Hospital Especialidades 71 Instituto Mexicano Seguro Social Torreón, Coahuila

3.- Alumno Doctorado en Ciencias Facultad de Medicina U.A. de C.

OBJECTIVE: To determine old people perception about emotional well being, so the association of health, family, social, economic, and working factors with this perception and how influence the daily activities

METHODS AND MATERIALS: Transversal design. A random sample of 230 subjects upon 60 years old was selected. An interview was applied to register social, cultural, working, and health variables, just as the next scales: Folstein, SF36, violence, Katz, Family Apgar and Yesavage. A bivariate analysis and logistic regression was done to obtain OR and CI 95% in package SPSS 15.0

RESULTS: 106 aging people (46%) obtained a score upon 75% in the mental health dimension of SF36 Scale, 91 between 50% and 75% and 33 under 50%. 38% of the subjects had mild to moderate depression. Factors associated with emotional well-being, (multivariate analysis) were: Education more than elementary (OR 0.10, 95%CI 0.02-0.4), to develop some activity in clubs (OR 0.36, 95%CI 0.13-0.98), not to be alone (OR 0.31, 95%CI 0.12-0.78), to have economical incomes enough to his necessities (OR 0.14 95%CI 0.057-0.343) and preservation of cognitive function (OR 0.27 95%CI 0.09-0.85). Not to have perception of emotional well-being was associated with social activities decrease and correlate with daily activities restrictions ($r=0.428$, $p<0.001$). To have poor health, fallen risk and physical dependence have a little influence in the emotional well-being perception,

CONCLUSION: Emotional dimension in aging people is important in subjective global well-being and quality of life, and conditioning the way the people to face the activities of the daily life

INTRODUCCION:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad, criterio aplicable a países desarrollados en los cuales se tiene una esperanza de vida superior a la estimada en regiones en desarrollo como el caso de América Latina y en particular en México, donde se considera adulto mayor a partir de los 60 años de edad [1].

Actualmente se vive un proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial. La cantidad de adultos mayores de 65 años de edad se ha incrementado en los últimos 20 años de 150 a 370 millones de habitantes [2,3]. En México en el año 2010 el 9.4 % de la población tienen arriba de 60 años (cerca de 10 millones de habitantes) y el 6.6% tiene más de 65 años de edad y de acuerdo a las proyecciones del banco mundial, se calcula que para el año 2050 sobrepase los 35 millones[4].

El incremento absoluto y proporcional de adultos mayores es explicado por una parte por la disminución de la tasa de natalidad secundaria a los programas de control de la natalidad existentes en nuestro país, y al mejor control sanitario de procesos infecciosos agudos, lo que lleva a la disminución en la morbilidad y mortalidad principalmente infantil y con ello permite que un mayor número de sujetos infantiles alcance la edad adulta, y por otra, a un mejor control médico, cuidados de enfermería y en general del personal de atención a la salud, de los procesos crónicos y de enfermedades degenerativas [5], situación conocida como transición epidemiológica. Lo anterior tiene como consecuencia una transición demográfica ya que apreciamos incremento en la esperanza de vida y longevidad de la población, lo que genera una inversión de la estructura de la pirámide poblacional [6].

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

necesidad de depender económica y físicamente de la familia y/o amigos [9]. Y por último y tal vez la parte más importante, es el Impacto personal, ya que por causa de sus problemas de salud, discapacidades y dependencia física y económica, el adulto mayor esta en mayor riesgo de cursar con depresión, desánimo y una percepción de la vida negativa, lo cual a su vez le hace sentirse como una carga y aislarse, o ser objeto de alguna forma de discriminación o hasta violencia social y/o familiar [10].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido como un estado aceptable de salud para el adulto mayor, la capacidad funcional de atenderse a si mismo y desarrollarse en el seno familiar y de la sociedad, lo cual le permite de una forma dinámica realizar sus actividades de la vida diaria; es decir, es un enfoque de salud centrado en el concepto de preservar la calidad de vida bajo la premisa de que es necesario buscar la salud integral, y en donde la funcionalidad física, mental, y social constituyen los indicadores objetivos fundamentales del concepto de salud bajo un enfoque geriátrico y gerontológico [11]. La misma OMS define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales” [12,13].

Para poder evaluar la calidad de vida, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye los niveles intelectual, emocional, familiar, vida física, vida social, vida económica, vida espiritual, vida laboral. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien” [14].

El estudio del bienestar en el seno de la Psicología se remonta a la década de los sesenta, y ha desarrollado dos vertientes [15], por una parte, el estudio del bienestar subjetivo que trata de cómo y porqué la gente experimenta su vida de forma positiva [16], esto es, la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones). Se inscribe dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: felicidad [17,18], satisfacción con la vida [19] y afectos positivos o negativos [20] que se desprenden de las condiciones en las que se desenvuelve nuestra existencia. Se ha entendido también como una expresión de la afectividad [21], como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida [22], y como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos

específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos [23,24]. Es en suma, un balance global que hace la persona sobre su satisfacción con la vida, el grado en que evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva [(19]. Por otra parte, el estudio del bienestar psicológico, que es más reciente, y se ha centrado en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir las metas personales, habiéndose propuesto seis dimensiones psicológicas para su medición, que son: Autonomía, objetivos vitales, auto-aceptación, relaciones positivas con otros, dominio ambiental y crecimiento personal [25]. Ambas vertientes están interesadas en un mismo proceso psicológico, el bienestar, pero utilizan distintos indicadores para medirlo.

Entre los dominios que exploran los diferentes instrumentos que miden calidad de vida, se encuentra la dimensión emocional, que tiene un vínculo estrecho con el dominio de salud, y es un vínculo mutuo ya que la dimensión emocional afecta a la salud y las alteraciones en salud afectan el dominio emocional [26,27].

El objetivo de nuestro trabajo fue determinar la percepción del adulto mayor sobre su bienestar emocional, la asociación de factores de salud, familiares, laborales, sociales y económicos con dicha percepción y el impacto que tiene sobre las actividades cotidianas.

MATERIAL Y METODO:

Mediante un diseño transversal. Se entrevistaron 230 adultos mayores de 60 años, elegidos aleatoriamente de población abierta. En la entrevista se obtuvo información sobre las siguientes variables: A) Calidad de vida entendida como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones y se midió a través de la escala 36 Short Form Health (SF-36) en la escala de 0 a 100, conceptuando el 100 como el mejor estado. B) Variables generales como edad en años cumplidos, sexo (hombre o mujer), educación (primaria, secundaria, estudio técnico, preparatoria o profesional). C) Variables de naturaleza social y familiar como la percepción de aceptación, aislamiento o agresión física, psicológica o social, vivir solo o con pareja estable, sitio de vivienda, vivir con cónyuge, hijos u otros familiares o amigos. D). Variables que tienen que ver con los aspectos económicos y laborales como sentirse útil, dependencia económica, actividad laboral. E) Variables que tienen que ver con la capacidad física y la salud como la presencia de enfermedades, discapacidad, dependencia física, depresión, polifarmacia, y F) Variables que tienen que ver con

los estilos de vida como el tabaquismo, uso de alcohol, alimentación, actividades de recreación

Para la obtención de la información se elaboró una entrevista estructurada que incluyera los aspectos mencionados, la cual se validó mediante consenso de expertos, validación de contenido y consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.85. Las entrevistas se aplicaron por varios entrevistadores, obteniendo un coeficiente kappa de 0.8. Además se aplicaron escalas ya validadas como Katz, validada en español reportando una consistencia interna que fluctúa entre 0.84 a 0.96 de alfa de Cronbach, con correlación interna de 0.94 (Spearman) y una concordancia interobservador de 0.8 (kappa) [28]; Yesavage, validada en español con cifras de sensibilidad en población México-Americana que fluctúan entre 0.71 a 0.85, y de especificidad entre 0.75 y 0.95 y una concordancia interna del instrumento de 0.835 [29]; Apgar familiar validada en México con un coeficiente de consistencia interna de 0.77 de alfa de Cronbach y un coeficiente de correlación intraclase de 0.81 [30]; Maltrato, validada en español con una consistencia interna de 0.71. [31]; MMSE con sensibilidad de 0.97, especificidad 0.88 en población mexicana [32]

El tamaño de muestra se calculó para población abierta, tomando en cuenta la posibilidad de incluir todas las variables en estudio y ser capaces de encontrar una asociación mínima de Odd Ratio de 1.8, con una población mayor de 60 años en la región de 110,000 habitantes, considerando que los sujetos con una percepción de bienestar emocional bajo tengan exposición a los factores de riesgo en un 60%, con un alfa 0.05 y poder 80% se requieren 184 sujetos, más un 10% por pérdidas potenciales se requieren 202 sujetos.

Los resultados se analizaron de manera univariada, bivariada y multivariada mediante regresión logística con el programa SPSS 15.0 para obtener X^2 y significancia estadística. Odd Ratio (OR) con sus Intervalos de Confianza respectivos (IC 95%).

RESULTADOS:

Del total de 230 sujetos, 106 (46%) refieren bienestar en la esfera emocional (puntuación arriba 75% en la dimensión Salud Mental del SF 36). De los 124 (54%) que refieren afectación de la esfera emocional, 91 perciben su bienestar emocional entre 50 y 75% y 33 por abajo del 50%. De los 230 sujetos de estudio, 84 (36.5%) refieren puntuaciones menores a 75% en el rol emocional, es decir que refieren interferencia o disminución de actividades de trabajo, sociales u otras actividades

diarias por su estado emocional, de los cuales 66 tienen una percepción menor al 75% en la dimensión de salud mental (tabla 1)

Tabla I. Relación de la puntuación en cuartiles de las dimensiones Salud Mental y Rol Emocional del instrumento SF36

		SALUD MENTAL			TOTAL
		26 a 50%	51-75%	76 a 100%	
ROL EMOCIONAL	0 a 25%	16	19	8	43
	26 a 50%	7	11	5	23
	51 a 75%	1	12	5	18
	76 a 100%	9	49	88	146
	TOTAL	33	91	106	230

La percepción de calidad de vida en la esfera emocional (dimensión de salud mental) muestra una correlación moderada aunque de manera significativa con el desarrollo de actividades cotidianas por causas emocionales (mayor puntuación en la escala rol emocional, mayor puntuación en la escala salud mental) ($r= 0.451$, $p<0.001$). y muestra una correlación inversa con la escala de depresión ($r= -0.599$, $p<0.001$)

El 38 % de los sujetos (87) tuvieron puntuaciones en el instrumento de Yesavage para ser catalogados como depresión leve a moderada, de los cuales la mayoría (74) tienen puntuaciones menores al 75% en la dimensión salud mental. De igual manera, el 50% de los sujetos con depresión tuvieron puntuaciones bajas en el rol emocional (Tabla 2)

Tabla 2, Asociación de las dimensiones Salud Mental y Rol Emocional del instrumento SF 36 con depresión leve a moderada.

		Depresión	Sin Depresión	OR	IC95%
Salud Mental	0-75%				
	76-100%	74	45	9.6	4.79-19.27
Rol emocional	0-75%	13	76		
	76-100%	44	83	2.192	1.24-3.87
		43	37		

El análisis bivariado muestra asociación de una adecuada percepción de bienestar emocional (puntuación en la dimensión de salud mental >75%) con tener ingresos

económicos que se consideren suficientes y cubran las necesidades básicas, con tener un nivel educativo superior a primaria, tener una familia funcional y una adecuada funcionalidad cognitiva (tabla3)

Tabla 3. Asociación de diversas variables con bienestar emocional

		Salud Mental		OR	IC95%
		76 a 100%	0 a 75%		
Tener Ingreso económico	Si	157	15	0.212	0.098-0.46
	No	40	18		
Clasificarlo como suficiente	Si	142	19	0.347	0.15-0.78
	No	29	13		
Cubre Necesidades	Si	144	19	0.308	0.13-0.73
	No	28	12		
Escolaridad > primaria	Si	82	2	0.780	0.70-0.87
	No	96	30		
Funcionalidad familiar	Si	133	17	0.85	0.73-0.99
	No	46	15		
Función cognitiva conservada	Si	89	5	0.810	0.73-0.91
	No	89	27		

OR= Odd Ratio, IC95%= Intervalo de confianza 95%

La disminución en la percepción de bienestar emocional se asocia en el análisis bivariado, con tener enfermedad cardiovascular o infecciosa, percibir maltrato psicológico, tener mayor riesgo de caídas y estar solo frecuentemente. (Tabla 4)

Tabla 4. Asociación de variables con disminución de percepción de bienestar emocional

		Salud Mental		OR	IC95%
		0 a 75%	76 a 100%		
Enfermedad Cardiovascular	Si	42	73	2.276	1.26-4.25
	No	23	91		
Enfermedad infecciosa	Si	11	29	2.890	1.27-6.60
	No	22	168		
Maltrato psicológico	Si	23	88	2.849	1.29-6.30
	No	10	109		
Riesgo de caídas	Si	18	60	2.55	1.19-5.48
	No	14	119		
Estar solo	Si	133	17	0.85	0.73-0.99
	No	46	15		

OR= Odd Ratio, IC95%= Intervalo de confianza 95%

El análisis multivariado de regresión logística se realizó en 3 bloques: a) aspectos económicos, b) aspectos de salud y c) aspectos sociales y familiares, teniendo un coeficiente de determinación de 0.863. En la Tabla 5 se muestran las variables que mantuvieron asociación independiente con bienestar emocional en el análisis multivariado.

Tabla 5. Variables asociadas con bienestar emocional
Análisis Multivariado

BLOQUE	VARIABLE	OR	IC95%
ECONOMICO	Ingreso Económico	0.139	0.057 – 0.343
	Ingreso suficiente	0.331	0.131– 0.842
SOCIAL Y FAMILIAR	Escolaridad >primaria	0.100	0.02-0.40
	Actividad Cultural	0.434	0.25-0.94
	Actividad en Club	0.360	0.13-0.98
	Familia funcional	0.226	0.10-0.51
	No estar solo	0.311	0.12-0.78
SALUD	Funcionalidad cognitiva	0.502	0.26-0.96
	Cardiovascular	1.85	1.01-3.38
	Dependencia	2.28	1.07-4.83
	Depresión	9.00	4.32-18.8

OR=odd Ratio, IC95%= Intervalo de confianza al 95%

ANALISIS Y DISCUSION

Menos de la mitad de los sujetos estudiados refieren bienestar en la esfera emocional. Esta situación es importante ya que existe una interrelación estrecha de la salud con la dimensión emocional [26,27] ya que alteraciones en este dominio afectan a la salud, como se ha demostrado en estudios que reportan peor evolución quirúrgica, mayor tiempo de hospitalización, incremento de morbilidad y mayor tiempo para recuperación de las enfermedades en quienes tienen problemas de ansiedad, depresión y otras alteraciones afectivas [33-35]. De la misma forma, existe evidencia del efecto protector que tiene un estado afectivo positivo sobre la salud [36,37] y sobre la mayor aceptación que se puede tener de las limitaciones propias de la edad [38]. Por otra parte, las alteraciones en salud afectan de forma importante al dominio emocional de modo que se transforma en un estado mutuo de relación causa-efecto [39]. Un estudio realizado recientemente en la ciudad de Monterrey, en el estado de Nuevo León, México, muestra cifras similares a las nuestras, casi el 48% de la muestra reportan datos compatibles con una buena “salud emocional”. aunque el 81.3% refieren encontrarse satisfechos con su estado actual de salud [40].

En 2008, Prieto-Flores y col. en España [41] reportan en una muestra de 499 sujetos, un 77.1% que declararon sentirse felices, útiles, ilusionados o seguros de sí mismos, a menudo o siempre, en contraposición al porcentaje de mayores que a menudo o siempre admitieron sentirse nerviosos, aburridos, deprimidos o solos, que varió entre un 11,3% (nervioso) a un 5,9% (aburrido), sin embargo al integrar el concepto de bienestar emocional como el criterio de un estado emocional positivo, solamente el 56% de la muestra estuvieron en este rango de bienestar. La cifra de bienestar emocional es discretamente superior a la nuestra. La diferencia puede explicarse por que estos autores emplean un criterio de clasificación de bienestar emocional en base a dos parámetros, el primero, relativo a estados de ánimo, que midió la frecuencia con que los encuestados experimentaban sentimientos positivos (utilidad, seguridad en uno mismo, ilusión y felicidad) y negativos (intranquilidad o nerviosismo, aburrimiento o apatía, depresión o tristeza y soledad), y el segundo se centró en la *satisfacción* (muy satisfecho, bastante, regular, poco, nada) de los individuos con sus propias capacidades y con las actitudes de la sociedad para con ellos, en cinco aspectos esenciales de la dignidad que, a su vez, constituyen recursos que pueden contribuir a un mejor afrontamiento de la vida en la vejez: capacidad para tomar decisiones, libertad para expresar los pensamientos, apariencia física, posición y reconocimiento social, respeto y trato recibido. En nuestro estudio, utilizamos como criterio de bienestar emocional solo los aspectos referentes al estado de ánimo, en base a la frecuencia con la que el sujeto se refirió como nervioso, se sintió con la moral baja, desanimado y triste, calmado y tranquilo y/ó feliz.

La frecuencia de depresión determinada en nuestro estudio es elevada (38%) y es mayor que la reportada en población española del 16% [42], pero ellos utilizaron la puntuación arriba de 15 que implica depresión moderada. Si tomamos en consideración la puntuación arriba de 10, que incluye la depresión leve, su frecuencia incrementa al 31%, similar a nuestros resultados. Hay que hacer notar que más que de depresión, hablamos entonces de trastorno del ánimo, ya que aquí se incluirían otras patologías que no es posible discriminar con el test. En nuestro estudio las incluimos ya que estamos estudiando bienestar emocional, que se verá alterado con la presencia de una alteración del estado de ánimo. Ha sido reportado que la depresión afecta negativamente la percepción de bienestar emocional [43], así, autores como Prieto-Flores y col. [41] encuentran una correlación de 0.472 entre la escala de bienestar emocional y la variable correspondiente a la subescala de depresión de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). La asociación encontrada en el presente estudio entre las escalas de bienestar emocional y Depresión fue de $r = -0.599$ ($p < 0.001$) y un OR 9 (IC95% 4.32-18.8) (tabla 5).

Una de las variables que encontramos en nuestro estudio asociada con la sensación de bienestar emocional es el tener educación mayor de nivel primario (OR 0.10, IC95% 0.02-0.4), Esto es congruente con otros reportes [41,43-45]. Al respecto, Stevenrik et al. [46] refieren que las personas con nivel educativo más alto, mayores ingresos, menor sentimiento de soledad, y mayor optimismo, tenderían a experimentar un proceso de envejecimiento más en términos de desarrollo continuo que de deterioro físico o pérdidas sociales. Nosotros no medimos el optimismo, pero también encontramos asociación significativa del

bienestar emocional además del nivel educativo, con tener ingresos económicos que se consideren suficientes y con no estar solo.

Referente a la soledad, en la muestra encontramos que el 80.6% de la muestra refieren no estar solos, apreciando un efecto positivo de no estar solo con la percepción de bienestar emocional (OR 0.31, IC95% 0.12-0.78), lo que es congruente con el conocimiento actual [46]. La soledad es una situación frecuente en el adulto mayor, que puede tener una parte objetiva, en donde el adulto realmente está solo, y un componente subjetivo en el que el sujeto se siente solo. Cardona [47] refiere que en una población de Colombia, el concepto de soledad predominante fue el “estar solo” (42,7%) y en menor proporción “sentirse solo” (23%), lo cual es una proporción mayor que nuestra muestra, posiblemente por las diferencias étnicas y sociales. Losada en 2012 reporta que un 23.1% de los sujetos estudiados se siente solo [48] y contribuyó significativamente a la explicación de disminución de salud mental, aun al controlar estadísticamente otras variables significativas, similar a nuestro estudio, También Víctor en el Reino Unido [49] refiere que los niveles más altos de soledad se encuentran en el adulto mayor y se asocian frecuentemente con depresión, y además refiere que la calidad de la funcionalidad social ejerce un papel protector contra la soledad.

Otros de los factores que muestran un efecto positivo para el bienestar emocional en nuestro estudio es tener actividades culturales y en clubs o asociaciones (OR 0.434, IC95% 0.25-0.94 y OR 0.39, IC95% 0.13-0.98 respectivamente). No se encontró asociación con la sola pertenencia al club sino con la participación en sus actividades. Carmona [45] en Monterrey, México, refiere que encuentra asociación independiente de bienestar personal con la presencia de interacción social ($p=0.0001$). Esta situación es explicable ya que es más factible que quien esté desarrollando una actividad determinada, tenga sentimientos de satisfacción por lo que se hace, que quien no tiene actividades, y a su vez, el desarrollo de actividades favorece la interacción social y evita la soledad.

Nosotros no encontramos asociación de bienestar emocional con la edad, similar a lo que han reportado algunos autores [45], aunque otros si la encuentran [41,43,44,50]. Esto puede ser explicado por el tamaño de la muestra y por la necesidad de contar con una gama más representativa y equilibrada en los diferentes grupos de edad, ya que en el caso de nuestra muestra predominan los sujetos entre 60 y 75 años. Tampoco encontramos asociación con el sexo de los sujetos estudiados, similar a lo reportado en otros estudios [41,45,51], aunque Efklides en Grecia [44] refiere que las mujeres tienen una percepción de menor bienestar. Esto puede estar dado por las diferencias entre poblaciones

Referente al estado de salud, considerado bajo el enfoque tradicional como la presencia o ausencia de enfermedades, se ha reportado en la literatura que el incremento en el número de problemas de salud y la percepción de su gravedad afectarían negativamente al bienestar emocional [41,43] o a la inversa, la presencia de mejor estado de salud percibido o no enfermedad, tienen una relación de predicción estadísticamente significativa en el bienestar personal de los adultos mayores [45,46], Nosotros indagamos el estado de salud de los sujetos mediante una encuesta donde exploramos la presencia de 18 patologías de las más

frecuentes consideradas en nuestro medio, tanto enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, oncológicas, oftalmológicas) como enfermedades infecciosas, (principalmente gastrointestinales, respiratorias y dermatológicas). Del total de patologías exploradas, solamente la presencia de enfermedad cardiovascular y la dependencia en la actividades de la vida diaria, evaluada con el instrumento de Katz, se asocian con deterioro en el bienestar emocional (tabla 5). Al respecto consideramos que es necesario efectuar una exploración más a fondo ya que no se tomó en cuenta en la entrevista el tiempo ni la gravedad real ni percibida de las patologías estudiadas.

La etapa de adulto mayor, es una etapa en la que se requiere afrontar adecuadamente situaciones y problemas que constituyen la vida diaria del anciano. Por ello, el contribuir a que el adulto mayor se encuentre mejor preparado en lo afectivo permitirá establecer estrategias y alternativas para solucionar de manera creativa los problemas que se le presenten, beneficiando el matiz de sus interrelaciones con el medio que les rodea. Por esa razón, consideramos que entender el estado actual en cuanto al bienestar emocional de nuestros adultos mayores, y los factores que más lo favorecen y aquellos que lo deterioran, permitirá adecuar dichas estrategias y alternativas de una manera dirigida a nuestra realidad.

Como limitación del estudio debemos anotar que el concepto de bienestar emocional se evaluó solamente bajo un punto de vista, el del estado de ánimo, y no integramos el concepto de satisfacción personal, sin embargo, esta omisión no modifica grandemente los resultados ni las conclusiones al compararlos con otros estudios en este tema.

Consideramos que las posibilidades de futuras investigaciones son múltiples, tanto para profundizar conceptos como para la elaboración, implementación y prueba del beneficio de diferentes estrategias que permitan incrementar el bienestar emocional, con todo y lo subjetivo y personal de este concepto.

REFERENCIAS:

1. Lara-Rodríguez MA, Benítez M, Fernández GI. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Salud Pública Mex. 1996; 38(6): 448-458.
2. Pando M, Salazar Estrada JG, Aranda B.C, Alfaro AN., Salud Mental, en la tercera edad. Encuesta a jubilados. Rev. Med. IMSS 1999, 37 (4), 273 -278.
3. Sepúlveda Jaime (jsepulveda insp3.insp.mx) La salud de la población en avanzada en México CIID – Montevideo, Publicaciones 1982.
4. Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Proyecciones Mundiales de Población: Revisión 2008, <http://esa.un.org/unpp> consultada en febrero 2010.

5. Tuiran R. Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México. Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2002.
6. Partida Busch V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de Población Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2005; 45:9-27
7. Borges-Yañez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Pública Mex. 1998;40:13-23
8. Secretaría de Gobernación de México (SEGOB). Boletín 23/2010 Consejo Nacional de Población (CONAPO) 30 Agosto 2010.
9. Watson R. Research into ageing and older people. J. Nurs Manag 2008;16(2): 99-104
10. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Cardona Sanson Y, Inlcan Ravelo L. Maltrato en los ancianos: Un reto a la atención primaria de salud geriátrica. Rev cubana Med Gen Integr 2005;21:1-2
11. Mendoza Nuñez VM. Envejecimiento, salud y antienvjecimiento. Bioquimia,2005, 30 (3);90-94
12. Reyes –Morales H, Vladislavovna DS, García-González JJ, Jiménez-Urbe R, Tapia-García ME, Espinosa –Aguilar A, Peña VA, Mendoza-Núñez VM. Guía Práctica clínica para la evaluación gerontológica integral. Rev Med IMSS 2006 supp. 1; 1-37,
13. Durán Santiago P, Soriano Medina E, Martínez Maldonado ML, Correa Muñoz E, Mendoza Núñez VM. Calidad de vida en mayores de 50 años con residencia en un área urbana vs rural. Archivo geriátrico 2003; 6(4):109-113.
14. Velarde Jurado E., Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida., Salud Publica Mex 2002;44:349-361
15. Keyes C, Shmotkin D, Ryff C. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002;82:1007-1022.
16. Diener E. El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*. 1994;3: 67-113.
17. Argyle M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid: Ed. Alianza
18. Fierro A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Ed. Aljibe.

19. Veenhoven R. El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial* 1994; 3: 87-116.
20. Bradburn N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Ed. Aldine
21. Warr P. The measurement of wellbeing and other aspects of mental health. *Occup Psychol* 1990;63:193-210.
22. Lawton MP. (1972). The dimension of morale. En: Kent D.F: Research planning and action for the elderly: the power and action of social science. New York: Behavioral Publications: 144-65.
23. . Diener E, Suh E, Shigehiro O. Recent findings on subjective well-being indian journal of clinical psychology. 1997;24(1):25-41
24. García-Viniegras CRV, González Benítez I. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16(6): 586-92
- 25 Ryff, C, Keyes C. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 69: 719-727
26. Ostir GV, Ottenbacher KJ, Markides KS. Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Affect. *Psychol Aging*. 2004; 19(3):402-8.
27. Bowling A, Seetai S, Morris R, Ebrahim S. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age Ageing*. 2007; 36(3): 310-5.
28. Cabrero Martínez JM, Cabrero García J, Richart Martínez M, Muñoz Mendoza C. Revisión estructurada de la medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev Esp Geriatr y geront* 2008;43(5):271-283
29. Baker FM, Espino DV. A Spanish version o the geriatric depression scale in Mexican- American elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:21-25.
30. Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (versión en español). *Aten Fam* 2010;17(4):102-106.
31. Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, de Corral P. Revisión de la escala de Predicción de Riesgo de violencia familiar severa. *Psicothema* 2010;22(4):1054-60

32. Reyes-Beaman S, Beaman PE, García-Peña C, Villa MA, Heres J, Cordova A, et al. Validation of a modified versión of the Minimental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cogn* 2004; 11:1-11.
33. Smith J, Borchelt M, Maier H, Jopp D. Health and Well-being in the Young Old and Oldest Old. *J Soc Issues*. 2002; 58(4): 715-32.
34. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L, Mokdad AH. Depression, anxiety and physical impairment and quality of life in the U.S. noninstitutionalized population. *Psychiatric Services* 2004; 55: 1408-1413
35. Dias CC, Mateus PS, Mateus C, Bettencourt N, Santos L, Adão L, Sampaio F, Fonseca C, Simões L, Coelho R, Ribeiro VG. Myocardial revascularization surgery, depressive symptoms and labeling effect. *Rev Port Cir Cardiorac Vasc*. 2004;11(4):201-204.
36. Ostir GV, Ottenbacher KJ, Markides KS. Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Affect. *Psychol Aging*. 2004; 19(3): 402-8.
37. Nesbitt BJ, Heidrich SM. Sense of Coherence and Illness Appraisal in Older Women's Quality of Life. *Res Nurs Health* 2000; 23: 25-34.
38. Bowling A, Seetai S, Morris R, Ebrahim S. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age Ageing*. 2007; 36(3): 310-5.
39. Casado JM, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria* 2001; 28(3):167-173
40. Belém Peña Pérez B, Terán Trillo M, Moreno Aguilera F, Bazán Castro M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009;14(2):53-61
41. Prieto-Flores ME, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Lardiés-Bosque R, Rodríguez-Rodríguez V, Ahmed-Mohamed K, Rojo-Abuín JM. Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar Emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid, 2005. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 301-313
42. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria* 2001;27(7):484-488

43. Bisschop MI, Kriegsman DM, Beekman AT, Deeg DJ. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med*. 2004;59(4):721-33.
44. Efklides A, Kalaitzidou M, Chankin G. Subjective Quality of Life in Old Age in Greece. The Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging. *Eur Psychol*. 2003; 8(3): 178-91.
45. Carmona Valdés SE. El bienestar personal en el envejecimiento. *IBEROFORUM Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 2009;4(7):48-65 <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211014858003>
46. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F. The Personal Experience of Aging, Individual Resources, and Subjective Well-Being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001; 56B(6):364-73.
47. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero A. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009; 27(2):153-163
- 48 Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *J Psychol* 2012;146(3):277-92
49. Victor CR, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J Psychol*. 2012;146(1-2):85-104.
50. Schieman S. Age, Education, and the Sense of Control: A Test of the Cumulative Advantage Hypothesis. *Res Aging*. 2001; 23(2): 153-78.
51. Mora M, Villalobos D, Araya Vargas GA, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa *MHSalud: Movimiento Humano y Salud* 2004; 1(1): 1-12