

**Salud mental y calidad de vida en
adultos mayores**

**Mental health and quality of life in the
elderly**

María Elena Flores Villavicencio¹

*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de
Guadalajara*

Cecilia Colunga Rodríguez²

*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de
Guadalajara*

*Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Pediatría, Centro
Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social*

Escuela Normal Superior de Jalisco, Secretaría de Educación Jalisco

Mario Ángel González³

Escuela Normal Superior de Jalisco, Secretaría de Educación Jalisco

Centro Universitario de Tonalá. Universidad de Guadalajara.

María Guadalupe Vega López⁴

Guillermo Alonso Cervantes Cardona⁵

¹ Doctora en Psicología de la Salud por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

² Doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Autora para recibir correspondencia: dipsicologia@yahoo.com.mx

³ Maestro en Ciencias de la Educación por la Secretaría de Educación Jalisco.

⁴ Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Guadalajara

⁵ Doctor en Psicología de la Salud por el Centro Universitario de Ciencias de la

María Ana Valle Barbosa⁶

*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de
Guadalajara*

Martha Cruz Ávila⁷

*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de
Guadalajara*

México

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de salud mental y calidad de vida en adultos mayores de una colonia en Guadalajara, México. Con diseño descriptivo, se utilizó una muestra no probabilística, constituida por 333 personas que cumplieron los criterios de inclusión, ingresados por casos consecutivos; se utilizaron instrumentos validados para población mexicana; para calidad de vida el WHOQOL-BREF, con alfa de cronbach de 0.88 y para salud mental, el Cuestionario de Salud General de Goldberg fiabilidad de 0.76. Los resultados en la calidad de vida por dimensiones, fueron los siguientes: Salud Física 87.9%, Ambiente 85.8%, Relaciones Sociales 79.2% y Salud Psicológica 72.0%; en el puntaje total, un 60.1% de los adultos mayores calificó como buena su calidad de vida. Se identificó un 41.7% de insatisfacción y mala calidad de vida en relación a la edad ($p=0.05$); respecto a su salud, 46.8% la consideraron como regular y un 34.2% como buena.

Palabras clave: *Calidad de vida, adultos mayores, salud mental.*

Abstract

The aim of this study was to evaluate perception of mental health and quality of life in older adults from a colony in Guadalajara, Mexico. With descriptive design, we used a nonrandom sample, consisting of 333 people who met inclusion criteria, admitted consecutive cases validated instruments were used for the Mexican population, quality of life for the WHOQOL-BREF, Cronbach's alpha of 0.88 and mental health, the General Health Question-

Salud, Universidad de Guadalajara

⁶ Doctora en Ciencias de la Salud Pública por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

⁷ Martha Cruz Ávila. Doctora en Pedagogía. Institución: Universidad Autónoma de Barcelona

naire of Goldberg reliability of 0.76. The results in the quality of life dimensions were as follows: Physical Health 87.9%, Environment 85.8%, Social Relations 79.2% and Psychological Health 72.0% in the total score, 60.1% of seniors rated as good quality of life. We identified 41.7% of dissatisfaction and poor quality of life in relation to age ($p = 0.05$), about their health, 46.8% considered it as fair and 34.2% as good.

Key words: *Quality of life, elderly, mental health.*

Introducción

A nivel mundial, la población de adultos mayores está aumentando considerablemente, tanto en los países desarrollados, como en los que se encuentran en vías de desarrollo. Esto derivado de una transición demográfica donde la pirámide poblacional se está invirtiendo al elevarse la esperanza de vida y al disminuir la natalidad, particularmente en los países desarrollados, donde se estima que alrededor de la mitad de la población, es de adultos mayores (Velázquez, 2004). México no escapa a esta evolución demográfica, ya que en 1950, 5.26% de la población, correspondía a adultos mayores y para 1990, se elevó a 6.14%, proyectándose que para 2025, esta proporción se incremente a 11.62% (Velázquez, 2004).

Lo anterior sugiere que la población con estas características, requerirá de una atención especial que incluye la valoración integral de su desarrollo evolutivo, donde la calidad de vida es un aspecto fundamental, ya que se debe aspirar no sólo a vivir más, sino en mejores condiciones para disfrutar la vida. En países como México, las condiciones económicas y la estructura de las familias, lleva a los adultos mayores a permanecer con familiares donde se les proporcionen los cuidados necesarios; sin embargo, poco se valora su percepción de su calidad de vida y de su salud en general, no obstante autores como Alpiazu (2002), refieren que la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores.

El uso del concepto de calidad de vida ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos e investigadores; la principal razón es que no existe un término que englobe el concepto por su connotación subjetiva. Con base en esta dificultad, la Organización Mundial de la Salud (2004) propuso una definición para calidad de vida, en función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida definiéndola como la *Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, estándares e inquietudes*

(WHO, 1958). Esta definición refleja una amplia perspectiva de bienestar que abarca la satisfacción de la persona con su estatus social, ambiental, psicológico y de salud.

Aunque se ha polemizado acerca de los elementos que deben ser incluidos en la valoración de la calidad de vida, diversos autores (Browne, 1994; Lucas, 2007; Molina, 2008) coinciden en que la calidad de vida se corresponde con la interacción dinámica de los individuos, con las condiciones de su contexto y su percepción interna. Esto incluye lo ya mencionado por la WHO (1958), como su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Siguiendo esta perspectiva, Torres, Quezada, Rioseco y Ducci (2008), analizaron la calidad de vida desde un enfoque de la salud, llegando a un concepto que les permitiera considerarla como un *conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida*. De la misma manera fue considerado por Darnton (1995), quien indicó que la calidad de vida de los adultos mayores, está determinada por la valoración que ellos hacen del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y por el funcionamiento físico, social y mental, es decir, de la valoración global que realiza de su salud y de su enfermedad.

En estudio realizado por Maya (2003) se señala la necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos, es decir, la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos, además de elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva, el apoyo social y factores culturales.

Por otra parte y como componente de la calidad de vida, la salud mental es un elemento fundamental que debe considerarse al evaluar la percepción de los individuos de las condiciones en que viven; es así que Heikkinen (2003), consideraba la salud mental de los adultos mayores, no solo como la ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social, especialmente en los adultos mayores de edades más avanzadas y sus principales manifestaciones, mediante estados emocionales como el estrés y la depresión, y en estados más graves o desórdenes mentales severos tales como demencias y trastornos de personalidad (Fragoero, Pestana y Paúl, 2007).

En este tenor, se estableció como objetivo, evaluar la percepción de salud mental y la calidad de vida en adultos mayores de una colonia en Guadalajara, México.

Método

El diseño para el estudio fue descriptivo y trasversal, de corte cuantitativo y con muestreo no probabilístico. Tomando un universo de estudio, correspondiente a las características poblacionales de gran parte de la población de Guadalajara.

Participantes

Para la realización del estudio, se eligió una zona habitacional que corresponde a un estrato socioeconómico medio y que se ubica en el municipio de Guadalajara Jalisco. Se seleccionaron 5 edificios de interés social, en donde de acuerdo a un censo realizado ex profeso para este estudio en el mes de mayo de 2009, vivían 422 adultos de 60 años y más, con residencia definitiva en esos edificios. Se descartaron aquellas personas que por condiciones de salud o por no encontrarse en su domicilio, no pudieron contestar los instrumentos de valoración de calidad de vida y de salud general, así también se excluyeron a las personas que no pudieron por sí mismos, contestar los instrumentos, ya fuera por dificultades de carácter visual, auditivo o cognoscitivo que les impidiera leer y escribir sus respuestas. Así, la muestra quedó en 333 adultos mayores a quienes se les invitó a colaborar en el estudio, previo consentimiento informado por escrito, no habiendo ningún participante que se negara a ser incluido en el estudio.

Instrumentos

Se utilizaron 2 instrumentos de evaluación: El Cuestionario de Salud General (Goldberg & Williams, 1996) y el Instrumento de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BRE (2005); además, se les aplicó un cuestionario que se elaboró con la finalidad de obtener información general, de tipo socio demográfico.

El Cuestionario de Salud General (Goldberg & Williams, 1996), es un cuestionario para evaluar salud auto percibida, es decir, la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo

que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Permite evaluar niveles de salud mental y la efectividad de medidas de promoción de salud y protección de enfermedad. Es un instrumento validado en población mexicana y posee una confiabilidad por coeficiente alfa de cronbach de 0.76, es de opción múltiple y de auto aplicación.

El Instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida WHOQOL-BREF (2005), ha sido diseñado con el objeto de valorar la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales de distintos países. El WHOQOL-BREF ha sido ampliamente estudiado y se ha demostrado su utilidad en obtener la valoración del adulto mayor referente a su calidad de vida; consta de 26 ítems distribuidos en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente (WHOQOL, 2005 y Lucas, 2007), su fiabilidad, determinada por el coeficiente de confiabilidad alfa de cronbach, es de 0.88.

Procedimiento

La zona geográfica de estudio se eligió considerando una zona con un estrato socioeconómico medio, de acuerdo a la clasificación de índice de bienestar de INEGI (2001), que divide las zonas por áreas geográficas y se basa en los recursos materiales y el grado de urbanización de las zonas geográficas, por ejemplo infraestructura de la vivienda, calidad de la vivienda, hacinamiento, equipamiento de la vivienda, salud, educación y empleo.

Una vez seleccionada la zona de estudio, se tomaron datos de los registros que señalaban la cantidad de adultos mayores existentes en las viviendas de la zona. Se visitaron cada una de las viviendas, para identificar la presencia de algún adulto mayor. A todos los sujetos se les proporcionó información sobre la finalidad de la investigación, haciendo énfasis en que todos los datos que brindaran, serían de carácter anónimo y confidencial, además se les solicitó, por escrito, su consentimiento bajo información, señalándoles su libertad para participar voluntariamente en la aplicación de los instrumentos, asimismo, se les comentó sobre su libertad para no contestar y/o abandonar la entrevista, si en un momento les parecía que podría ser incómodo para ellos.

Los criterios de inclusión delimitados para el estudio fueron ser adultos de 60 años o más, que estuvieran en condiciones físicas y psicológicas adecuadas para responder a los instrumentos.

La información obtenida por los instrumentos de evaluación fue procesada en una base de datos en el programa de Excel. Para el análisis estadís-

tico se utilizó el programa SSPS para Windows versión 15.0, que incluyó el cálculo de frecuencias simples, distribución porcentual y promedio. Además, se utilizó razón de momios, con un intervalo de confianza de 95%; considerándose como significativo, un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados

En los resultados obtenidos respecto a los datos sociodemográficos, se observó que la mayor parte de la población estudiada (81%), fueron mujeres (270) y solo el 19% (63) fueron hombres, la edad promedio en el sexo femenino fue de 69 años de edad y en el masculino fue 70 años. En cuanto al estado civil, se identificó que el 61.5% de las mujeres y el 36.7% de los hombres, estaban casados, mientras que el 42.6% de hombres y 19% de mujeres, eran viudos. El nivel de escolaridad fue principalmente primaria (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la población de estudio

| Variable | | Frecuencia | % |
|--------------|----------------------|------------|----|
| Sexo | Femenino | 270 | 81 |
| | Masculino | 63 | 19 |
| Estado Civil | Casado | 189 | 57 |
| | Viudo | 77 | 23 |
| | Sin dato | 67 | 20 |
| Ocupación | Sin ocupación | 257 | 77 |
| | Con ocupación | 15 | 5 |
| | Sin dato | 61 | 18 |
| Escolaridad | Primaria | 195 | 59 |
| | Sabe leer y escribir | 79 | 23 |
| | Sin dato | 59 | 18 |
| Edad | Promedio | | |
| | 69 años | | |

N=333. Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos

Se encontró que la mitad de los hombres ya no realizaban ninguna actividad laboral y solamente el 24% continuaban trabajando, mientras que el 83% de las mujeres se dedicaban al hogar.

Con respecto a la satisfacción que presentaron los adultos mayores sobre su estado de salud, se obtuvieron datos de adultos mayores (31.2%) con insatisfacción respecto a su salud, asimismo, se identificó que un 44.7% de adultos mayores calificaron como satisfechos con su salud (Tabla 2).

Tabla 2. Satisfacción con el estado de la salud

| Nivel de Satisfacción | Frecuencia | % |
|-----------------------|------------|------|
| Alto | 149 | 44.7 |
| Medio | 80 | 24.1 |
| Bajo | 104 | 31.2 |

N=333 fuente: Cuestionario de Salud General (Goldberg & Williams, 1996)

En cuanto a la percepción que manifestó el adulto mayor respecto a su salud física, los resultados obtenidos permitieron identificar que, al momento del estudio, la salud era considerada como regular por un 46.8% de los adultos mayores y en un 34.2% como buena; la principal preocupación manifestada sobre sus padecimientos, fue la de presentar daños físicos que les impedían realizar tareas cotidianas, sólo a un pequeño grupo de adultos mayores les preocupaba presentar daños mentales. El 64.2% de adultos mayores se autocalificaron con una buena salud mental, un 34.3% con alguna alteración y 1.5% como una mala salud mental (Tabla 3).

Tabla 3. Percepción de la salud

| Dimensión | Mala | Regular | Buena |
|--------------|------|---------|-------|
| Salud Física | 29% | 46.8% | 34.2% |
| Salud Mental | 1.5% | 34.3% | 64.2% |

N=333 fuente: Cuestionario de Salud General (Goldberg & Williams, 1996)

El 42.3% de adultos mayores señalaron tener alteración en su salud como consecuencia de disturbios en el sueño, y en un 31.2% señalaron esta alteración con problemas sociales, seguido de un 28.8% de malestar general y (4.5%) en el área de depresión severa. (Tabla 4).

Tabla 4. Alteraciones de salud reportadas

| Alteraciones | Buena | Regular | Mala |
|----------------------|-------|---------|------|
| | % | % | % |
| Malestar general | 63.4 | 28.8 | 7.8 |
| Disturbios del sueño | 56.7 | 42.3 | 1.0 |
| Autovaloración | 75.5 | 23.0 | 1.5 |
| Problemas sociales | 67.8 | 31.2 | 1.0 |
| Ansiedad | 71.2 | 24.9 | 3.9 |
| Depresión | 89.1 | 6.4 | 4.5 |

N=333 fuente: Cuestionario de Salud General (Goldberg & Williams, 1996)

Con respecto de la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor, el instrumento aplicado arrojó los siguientes resultados: un alto porcentaje (60.1%) de adultos mayores que señalaron que su calidad de vida era buena, el 17.7% de ellos reportaron una calidad de vida regular y 22.2% manifestaron tener mala calidad de vida. (Tabla 5).

Tabla 5. Calidad de vida

| Buena | Regular | Mala |
|-------|---------|-------|
| 60.1% | 17.7% | 22.2% |

N=333 fuente: WHOQOL-BREF (WHOQOL, 2005)

Con respecto a la percepción de salud excelente y una buena calidad, se encontró una razón de momios de 3.95 (IC 95% 1.29-12.13, $p=0.004$), lo que sugiere casi cuatro veces más probabilidad de calificar como buena la calidad de vida si se percibe una salud excelente. Asimismo, el percibir una salud buena presentó una razón de 2.26 (IC 95% 1.29-3.98, $p=0.002$), para calificar su calidad de vida como buena. No así quienes percibieron su salud como regular (OR 0.57, IC 95% 0.32-1.01, $p=0.039$) o mala (OR 0.21, IC 95% 0.05-0.75, $p=0.006$), ya que las razones resultantes son menores a la unidad.

Discusión

La presente investigación es uno de los pocos estudios que se han realizado en Guadalajara, Jalisco, sobre calidad de vida y salud mental en adultos mayores, aunque ya se han desarrollado en otros países como España, Co-

lombia y Santiago de Chile, entre otros; dichos estudios han utilizado el instrumento WHOQOL-BREF para población adulta mayor.

Aunque nosotros no establecimos como objetivo relacionar datos sociodemográficos como la edad, el nivel de educación, la ocupación y el ingreso económico, como indicadores que inciden en una buena calidad de vida, además de la edad como factor de riesgo para presentar insatisfacción con la calidad de vida, autores como Corrales, Tardón y Creto (2000) señalan que a mayor edad, habrá mayor insatisfacción. Asimismo, este mismo autor señala la importancia del bajo nivel de estudios, el vivir solo y el contar con un ingreso económico, como indicadores determinantes para la valoración positiva del adulto mayor respecto a su estado funcional y la calidad de vida.

Por otra parte, los estudios de Fernández-Ballesteros (1998), muestran que la salud de los adultos mayores se ve afectada tanto por las condiciones personales, como por la edad y el sexo, que de alguna manera impiden que los adultos mayores logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

Nuestros hallazgos muestran que 6 de cada 10 de los adultos mayores evaluados en este estudio, percibieron su calidad de vida como buena. Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Korc (2005), quien señala que la calidad de vida percibida por los adultos mayores, es consecuencia del propio proceso de envejecimiento, además de que influyen otros factores como ser pobres y maltratados.

En los estudios de Maya (2003) sobre la calidad de vida y la salud del adulto mayor, se menciona que la salud física y mental se ve afectada por las condiciones en las que vive la gente y el estilo de vida que tiene en su vivienda, éstas a su vez se relacionan con las condiciones personales como la edad y el sexo.

Una contribución importante que hace Heikkinen (2003, referido por Fragoeiro, 2007), es que la salud mental de los adultos mayores de edades más avanzadas, se manifiesta mediante estados emocionales como el estrés y la depresión. Se destaca que sólo los adultos mayores varones manifiestan más alteración en su salud mental como consecuencia de las alteraciones del sueño.

De igual manera, para este trabajo no se consideró la comparación por género, aunque estudios como los de la OMS (2004a), señalan que el género no representa un factor de riesgo para la afectación de la salud mental; sin embargo, enfatizan al igual que Korc (2005), que otros riesgos

asociados son el ser pobre, pertenecer a un grupo indígena, ser maltratado y sobre todo, ser adulto mayor.

Por otra parte, los instrumentos que se utilizaron para evaluar la percepción de la salud mental y la calidad de vida, son considerados de gran utilidad para la identificación de las características que determinan la presencia o ausencia de la alteración de la salud mental en el adulto mayor; aunque se sugiere la necesidad de complementar estudios cuantitativos como el aquí presentado, con diseños cualitativos donde se le dé mayor importancia al discurso de los adultos mayores y a sus representaciones respecto a lo que aquí llamamos calidad de vida.

Se recomienda, a partir de los resultados obtenidos en este estudio, que las investigaciones realizadas en la población adulta mayor, sean planteadas con base en dos posturas: la primera es considerar el carácter conceptual de la calidad de vida, que se señala indistintamente desde diferentes posturas de especialistas y organismos institucionales, así como de la aceptación de la definición de la salud mental desde el concepto de salud; ambos conceptos permiten el desarrollo de la segunda postura, que consiste en plantear programas y políticas, dentro de un marco estratégico, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la salud física y mental de esta población.

Sin duda que en México como en otros países de características similares, el grupo poblacional correspondiente a los adultos mayores, se incrementará de manera exponencial debido a la ya tan mencionada inversión de la pirámide poblacional, generada principalmente por el incremento en la esperanza de vida, sin embargo, hasta hace pocos años, se ha enfocado el interés de los investigadores y del personal de salud, a esta edad como una etapa muy distinta a la del adulto, lo cual exige generar estrategias especializadas para atender a estos grupos, es por ello que se requiere no sólo profundizar en el estudio de elementos que ayuden a mejorar la calidad de vida del adulto mayor por medio de distintas perspectivas, instrumentos y métodos, sino que se requiere redimensionar la importancia que hasta la fecha se la ha dado a la atención integral del adulto mayor, que en la mayoría de las ocasiones, no se distingue de la atención proporcionada al adulto joven o de mediana edad.

En síntesis, se requiere de una integración de los recursos científicos, realizar modificaciones en los sistemas de salud, así como propiciar un cambio cultural, que valore esta etapa de la vida y en consecuencia se proporcione un trato digno y especializado al adulto mayor, con lo que se podría lograr el disfrutar de esta última etapa de vida, considerándola no como el declive de la existencia, sino como una fase de plenitud, con todas las características que ello conlleva.

Referencias

1. Alpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 6(76) 683-699.
2. Browne, J. R., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R. B., McDonald, N. J., O'Malley, K. & Hiltbrunner, B. (1994). Calidad de vida en los individuos sanos de la tercera edad: Investigación sobre la Calidad de vida, *Quality of life Research*, 3, 235-244.
3. Corrales, E., Tardón, A. y Cueto, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12(2),171-175.
4. Darnton, H. I. (1995). El envejecimiento con salud y la calidad de la vida. *Forum Mundial de la Salud*. 16(4), 381-391.
5. Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. Colegio Oficial de Psicólogos. Spain. Autonomy University of Madrid, *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
6. Fragoeiro, I., Pestana, M. H. y Paúl, C. (2007). La salud mental en los ancianos de la Región Autónoma de Madeira: Estudio piloto. *Revista electrónica Gerokomos*. 18(4), 23-27. Recuperado de http://scielo.scielo.isciii.es/.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400004&lng=es.
7. Goldberg, D. & Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud General GHQ*. Barcelona: Masson.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). Regiones socioeconómicas de México. D. F. México: INEGI.
9. Korc, E. M. (2005). Vivienda Saludable: Enlace entre la Investigación y las Políticas Públicas. *Organización Panamericana de la Salud*. OPS-OMS -PWR, Caracas, Venezuela.
10. Lucas, C. R. (2007). Tres Cuestionarios genéricos WHOQoL. *Manual Separ de procedimientos* (pp.16-22), Barcelona España: Publicaciones Pemanyer.
11. Maya, S. L. H. (2003). Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. *Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Costa Rica*. Recuperado de www.funlibre.org/documentos/lemayaz.htm.
12. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencias emergentes, prácticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
13. Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Invertir en Salud mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
14. Torres, H. M., Quezada, V. M., Rioseco, H. R. y Ducci, V. M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings. *Revista Médica. Chile Santiago*, 136 (3), 325-333.

15. Velázquez, M. T. (2004). El envejecimiento de la población. *Ciencias*, 75, 28-34
16. WHOQOL. (2005). Measuring Quality of Life. The WHO Quality of Life instruments (The whoqol-100 Whoqol-bref). Consultado en Agosto 2007. Recuperado de <http://www.who.int/msa/qol>.
17. World Health Organization. (1958). *Constitution of the World Health Organization*. Ten Years of the World Health Organization: Geneva

Recibido: 10 de septiembre de 2012

Aceptado: 8 de diciembre de 2012