

Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad rural del Estado de México

Quality of life of the elderly in a rural community in the State of Mexico

Guadalupe Villalobos Monroy,^{1*} Diana Franco Alejandre,¹ Blanca Lilia Gaspar del Angel¹

Resumen: El presente artículo tiene como objetivo medir la percepción de la calidad de vida en Adultos Mayores (AM) residentes en una comunidad rural del Estado de México, mediante la aplicación del instrumento World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) de la OMS, integrado por seis dimensiones como son: habilidad sensorial, autonomía, actividades, participación social, muerte y morir e intimidad, se trata de un estudio descriptivo, transversal, observacional, la muestra fue de 79 AM. Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS. Resultados. En general los AM participantes tienen buena calidad de vida.

Abstract: The objective of this article is to measure the perception of quality of life in older adults residing in a rural community in the State of México, through the application of the World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) instrument of the WHO, composed of six dimensions such as: sensory ability, autonomy, activities, social participation, death and dying and intimacy, it is a descriptive, cross-sectional, observational study, the sample was 79 AM. The SPSS statistical program was used to analyze the information. Results. In general, the participating MAs have a good quality of life.

Palabras Clave:
Anciano, medio social, calidad de vida.

Key words:
Elderly, social environment, social exclusion, discrimination.

Recibido: 18 de enero de 2023

Aceptado: 20 de octubre de 2023

Con Texto Humano

ISSN: 2954-5021

Vol. 2 Núm. 1.

Enero-Junio 2023

pp. 8-20

¹Universidad Autónoma del Estado de México, México.

*Correo de contacto: gvillalobos@uaemex.mx

Introducción

La población de Adultos Mayores (AM) en las últimas décadas ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, especialmente de aquellas relacionadas con la salud y el bienestar, debido a que ha incrementado el número de AM en el mundo, esto como consecuencia de la dinámica poblacional al disminuir la tasa de mortalidad y la tasa de natalidad, y por los avances médicos, pues el uso de la tecnología disminuye o, en su caso, vence enfermedades, crea nuevos fármacos y propone estrategias innovadoras para la prevención de las mismas; siendo tantas las causas y efectos relacionados con este grupo etario, que surge la necesidad de proveer atención multidisciplinaria.

De esta manera el estudio y atención de la población de AM se puede realizar desde distintos enfoques, como el biológico, el psicológico, el social, el cronológico, el geográfico, entre otros. Los AM en las comunidades rurales conllevan a plantear a los profesionales que intervienen con ellos, desafíos y oportunidades únicas y diferentes, debido a que en las comunidades rurales se brindan menos servicios sobre todo en los relacionados con el cuidado de la salud.

Las ideas y deseos de envejecimiento en zonas rurales son diferentes a los de las zonas urbanas, Schroeder (2016) refiere que el 90% de los AM prefiere permanecer en sus hogares en esta etapa de envejecimiento, sin embargo, los cambios físicos y el deterioro afecta la capacidad de los adultos mayores de envejecer en el lugar. Cohen y Greaney (2023) señalan también el desafío del envejecimiento saludable en las zonas rurales, abordarlos garantizará la equidad de la salud a lo largo de la vida en este tipo de contextos.

Aunque en la revisión de la literatura existe amplia información acerca de la dinámica poblacional, de su estructura y distribución por grupos etarios en las diferentes regiones del mundo, en esta investigación se hace referencia a los AM con el objetivo de analizar cómo percibe su calidad de vida, centrando la atención en una comunidad rural del Estado de México.

La calidad de vida de los AM en zonas rurales se ve impactada por diferentes factores como la disminución de capacidades por la propia edad, por factores económicos como la ausencia de pensión económica, por el sector público cuando no se contó con un trabajo formal que les diera este derecho, entre otros. Además, se infiere que es diferente envejecer en una población rural que en una ciudad en donde se cuenta con mayores oportunidades de desarrollo. En sí, el aumento de este grupo poblacional trae consecuencias multilaterales, por citar algunas de ellas, a nivel laboral, financiero, social, familiar y de salud. Asimismo, se espera que en las próximas décadas muchos países enfrentarán presiones fiscales y políticas provocadas por las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo poblacional (ONU, s.f.).

Desarrollo

Para abordar la calidad de vida del AM es necesario definir en primera instancia este término, Adulto Mayor (AM) se refiere a las personas de 60 años en adelante, en Europa se les considera AM a los 65 años, y se prevé que aumente a los 70. Anteriormente, a este grupo etario se les nombraba ancianos, senectos, personas de la tercera edad o viejos, pero la evolución del término tiene que ver con los cambios en la visión y en la conceptualización de la persona, es decir, se debe utilizar un término que contemple el respeto a los derechos humanos y que asegure su dignidad.

Para resaltar los desafíos y oportunidades que enfrentan los adultos mayores rurales, también es importante definir el término de “ruralidad”, pues no existe un estándar universalmente aceptado sobre lo que distingue las áreas “rurales” de las “urbanas”. En México se conceptualiza “rural” bajo un parámetro estadístico, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, s.f.), a las localidades rurales que tienen menos de 2 500 habitantes; sin embargo, no todas las comunidades rurales son iguales y es posible que las medidas existentes no capturen plenamente las características que hacen que un lugar sea rural (Iserrman, 2005).

El Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES, 2015), a través de la encuesta realizada por el INEGI refiere:

Que poco más de una cuarta parte (26.2%) de la población adulta mayor vive en localidades rurales. La proporción de mujeres adultas mayores rurales es menor que la proporción de hombres en todos los grupos de edad; representa el 32.4% entre los hombres del grupo de 80 años y más, frente a 25.8% de las mujeres. En zonas rurales la población está más envejecida. La población adulta mayor representa 10.1% del total de la población rural (10.0% de las mujeres y 10.2% de los hombres), y 8.6% de la población urbana (9.2% de las mujeres y 8.0% de los hombres), [...] en las localidades urbanas es clara la mayor sobrevivencia femenina con una razón de 82.6 hombres por cada 100 mujeres. Sin embargo, en las localidades rurales no se observa esa mayor sobrevivencia femenina, incluso la situación es más equilibrada con una razón de 101.0, lo que indica que por cada 100 mujeres hay 101 hombres (INMUJERES, 2015: 7-8).

A los AM en entornos rurales se les ha investigado desde diversas temáticas, sus redes de apoyo, sus estrategias de adaptación, relación con el COVID, desde diversas disciplinas como trabajo social, enfermería, psicología social, por mencionar algunas, para el Estado de México es importante recabar información que oriente sobre la demanda de servicios de salud y otros a los que deban dirigirse (Gallardo *et al.*, 2021; Hernández y Mercado, 2019; Peña *et al.*, 2019).

Calidad de vida de los AM

La calidad de vida es un concepto amplio y puede abordarse desde diferentes perspectivas vinculadas a diversas disciplinas como la medicina, la economía y más recientemente con la psicología. Su abordaje desde la medicina pretende la preservación y recuperación de la salud o la rehabilitación después de haber sufrido alguna enfermedad o una intervención quirúrgica, queda claro que este abordaje se centra en la dimensión correspondiente a la salud.

También se ha asociado el concepto con la idea de nivel de vida o estilo de vida, abarcando aspectos correspondientes a la dimensión socioeconómica, por otro lado, se asocia también con la idea de satisfacción e incluso con felicidad, lo cual corresponde a la dimensión psicológica.

Cuando se empezó a hablar de la calidad de vida se hacía referencia a las condiciones materiales de existencia o a los bienes que la persona poseía, se centraba la atención en términos económicos, es decir, quien cuenta con más recursos económicos tiene más opciones de una vida con calidad.

Aunque se han propuesto innumerables definiciones, se trata de un concepto amplio que involucra varias dimensiones, para Giusti (1991) se trata de un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Ya desde 1980, Levy y Anderson (1980) consideraron a la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Esta definición además de integrar varias dimensiones se le agrega la autopercepción, tanto de individuos como de grupos, por lo cual su medición requiere tomar en cuenta los diferentes factores o elementos involucrados, lo que le da un carácter multifactorial, pero situado en dos esferas: la objetiva y la subjetiva, la primera implica aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, mientras que en la esfera subjetiva se ubica lo referente al bienestar o satisfacción con la vida, es así que, la calidad de vida se ha transformado en un constructo con perspectiva psicosocial (González-Celis, 2004).

Vale la pena puntualizar que, entre los factores objetivos se encuentran: salud, atención médica, educación, capacitación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad, atención social, vestido, recreación y demandas. También se integran algunos factores personales: salud física, salud mental; y factores sociales, como: educación, instrucción, amistades y compañía (Devesa y Conrado, 1992).

Al abarcar tantos factores, la conceptualización y medición de la calidad de vida se complejiza, Browne (1996: 236, como se citó en Flores *et al.*, 2011: 91) intenta sintetizar el

concepto y señala que la calidad de vida se entiende como “la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”.

Con base en los distintos aportes, se puede afirmar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.) integra los factores objetivos y subjetivos mencionados y define la calidad de vida como la:

Percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses. Es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principales del ambiente (p. 1).

Con relación a la calidad de vida de los AM, no solamente se tiene que tomar en cuenta el aspecto biológico o de salud, sino el contexto en el que se desenvuelve, reconociendo cómo fue su pasado y qué expectativas tiene para el futuro: el AM es un ser social que interactúa y participa en la sociedad. No obstante, la calidad de vida del AM se relaciona directamente con el envejecimiento que, a su vez, trae consigo la idea de deterioro o pérdida de funciones que impacta de forma determinante la autonomía y la productividad, lo cual se expresa en la desvalorización de esta etapa de la vida y, por tanto, la ausencia de un reconocimiento del AM en la estructura social.

Otros aspectos que resultan positivos en la calidad de vida del AM son los componentes teóricos y empíricos como: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educacionales (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas) (García Sandoval *et al.*, 2020; Flores M. *et al.*, 2011).

Cuando se empezó a hablar de la calidad de vida se hacía referencia a las condiciones materiales de existencia o a los bienes que la persona poseía, se centraba la atención en términos económicos, es decir, quien cuenta con más recursos económicos tiene más opciones de una vida con calidad. Esta visión evolucionó con el tiempo, Fernández-López (*et al.*, 2010) señalan que en la actualidad existen los siguientes enfoques teóricos para el análisis y la medición de la calidad de vida, siendo estos:

1. Enfoque biológico: Se centra en las condiciones de salud de las personas y también aborda algunas condiciones de la comunidad respectiva.
2. Enfoque economicista: Le interesa el estudio de los ingresos económicos y la inversión que se realiza tanto en personas, como en grupos y comunidades, también toma en cuenta el gasto social.
3. Enfoque psicosocial: Valora aspectos ubicados en la esfera subjetiva de las personas, le interesan las emociones y sentimientos, explora la satisfacción con la vida, el grado de participación de las personas en actividades laborales, de la vida diaria y sociales, así como sus rasgos personales y los estilos de afrontamiento. Abarca la dimensión personal y la socioambiental.
4. Enfoque sociológico: Este enfoque se ubica en la esfera objetiva, se ocupa de las condiciones objetivas y observables de una comunidad, como las variables demográficas, el lugar de residencia, el trabajo, el ocio, así como las relaciones familiares y sociales y los servicios sociales con que cuenta la comunidad.
5. Enfoque ecologista: Centra su atención en la relación que establecen las personas con su espacio físico, incluyendo las características del ambiente y su influencia en los estilos de vida.

Dichos enfoques ofrecen la oportunidad de abordar la calidad de vida desde diferentes puntos de vista, sin embargo, en la práctica se encuentra la necesidad de hacer un abordaje desde una postura integral, es decir, incluyendo la mirada de varias disciplinas sobre un mismo objeto de investigación, por ello, existen estudios en los que se aplican variados instrumentos de

medición, algunos incluyen cuestionarios para recuperar los aspectos sociodemográficos, o incluso hay estudios desde la investigación cualitativa en los que realizan entrevistas en profundidad o grupos focales, entre otras técnicas para recuperar la información.

En relación con la calidad de vida el instrumento World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) de la OMS considera las siguientes dimensiones, de acuerdo con García (2014), Herrera (2016) y Urzua (2013), hacen referencia a:

1. Habilidad sensorial: Habilidad de la persona para percibir la pérdida de alguno de sus sentidos y poder describir en qué consiste dicha pérdida, identificando si tiene limitaciones o no para su vida diaria.
2. Autonomía: Capacidad del individuo para tomar sus propias decisiones y hacer las cosas que desea, consciente de las consecuencias de sus actos y poder expresarlas de forma clara.
3. Actividades pasadas, presentes y futuras: Se refiere al grado de satisfacción del AM con relación a lo que ha vivido y espera seguir viviendo, de tal forma que sea capaz de describirlo.
4. Participación social: Es el proceso en el que la persona siente que la persona está realizando actividades en su comunidad, sintiéndose útil y activo.
5. Muerte y morir: Se refiere a lo que piensa la persona acerca de su destino final. Incluyendo el temor y el dolor que pueda producirle el suceso.
6. Intimidad: Es la parte biológica del individuo referente a sus emociones y la capacidad de recibir y dar amor a sus parejas.

Con relación a la calidad de vida de los AM, no solamente se tiene que tomar en cuenta el aspecto biológico o de salud, sino el contexto en el que se desenvuelve, reconociendo cómo fue su pasado y qué expectativas tiene para el futuro: el AM es un ser social que interactúa y participa en la sociedad. No obstante, la calidad de vida del AM se relaciona directamente con el envejecimiento que, a su vez, trae consigo la idea de deterioro o pérdida de funciones que impacta de forma determinante la autonomía y la productividad, lo cual se expresa en la desvalorización de esta etapa de la vida y, por tanto, la ausencia de un reconocimiento del AM en la estructura social, consideramos pertinente referirnos al contexto rural, ya que el estudio se realizó en una comunidad rural del Estado de México.

Monreal, Del Valle y Serda retoman a autores como García Sanz (1996), Monreal y Vilá, (2008) para definir el espacio rural como:

Un área en la que existe un modo particular de utilización del espacio y de la vida social, caracterizada por una densidad relativamente débil de habitantes y de construcciones, lo que determina un predominio de los paisajes vegetales; uso económico del suelo de predominio agro-pastoril, modo de vida de sus habitantes marcado por su pertenencia a colectividades de tamaño limitado, en las que existe un estrecho conocimiento personal y fuertes lazos sociales. Relación que los habitantes mantienen con el espacio, favoreciendo un entendimiento directo y vivencial del medio ecológico, una identidad campesina (2008: 271).

Con relación al contexto en el que se desenvuelven los AM, es pertinente señalar que el envejecimiento en entornos rurales se caracteriza por afectar a toda la comunidad, tener una población de personas mayores mucho más elevada que en el ámbito urbano, presentar una menor proporción de personas que viven solas y una mayor dificultad de acceso a cualquier servicio (Hink, 2004). Además, hay que tener en cuenta que el espacio rural está considerado como un área en la que existe un modo particular de utilización del espacio y de la vida social.

La comunidad de estudio pertenece a uno de los 125 municipios que conforman el Estado de México, ubicado en el extremo sur-occidente de la Cuenca del Río Lerma, se considera de interfase al encontrarse entre una población urbana y rural (CONEVAL, 2020); con tradiciones y costumbres de las culturas ancestral, otomí y matlatzinca, la principal actividad que se desarrolla es el comercio minorista, operando aproximadamente 1 000 establecimientos; en territorio, abarca un área cercana a 190 hectáreas; aproximadamente habitan unas 8 140 personas, contabilizadas 429 personas por km²,

prevalece la población joven con promedio de edad 24 años y una escolaridad de 9 años cursados. Al 2020 la población adulta se contabilizó en 410 individuos de más de 60 años (MarketDataMéxico, s.f.; Ayuntamiento San Antonio la Isla, s.f.).

De acuerdo con los datos del CONEVAL (2020), en el municipio de estudio 44.9% de los pobladores viven en condiciones de pobreza, y 4% en extrema pobreza, 18% es población vulnerable por carencias sociales, 23.6% es considerada población no pobre y vulnerable, 62.9% de la población tiene al menos una carencia social, 4.6% tiene carencia por calidad y espacios de la vivienda.

Las ideas, costumbres, actividades económicas, los servicios presentes en la comunidad van a determinar la forma de percibir la calidad de vida en los AM en zonas rurales, según Cohen & Greaney (2023), señalan también el desafío del envejecimiento saludable en las zonas rurales, abordarlos garantizará la equidad de la salud a lo largo de la vida en este tipo de contextos.

Objetivo

Medir la auto percepción de la calidad de vida en AM residentes en una comunidad rural del Estado de México mediante la aplicación del instrumento WHOQOL-OLD de la OMS.

Método

El presente estudio se realizó bajo la modalidad cuantitativa, se trata de un estudio descriptivo, transversal, observacional, se incluyen AM de 60 años que asistieron a las actividades ofrecidas en tres casas de día para los AM del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, fue una muestra no probabilística de selección casual de tipo aleatoria integrada por 79 AM provenientes de 4 municipios de la región poniente del Estado de México, se realizó el cálculo de la muestra con un nivel de confianza del 95 y 10% de margen de error, a un total de población de 410 AM asistentes a dicha institución. Para la recolección de la información se asignaron 6 sesiones y aquellos AM que acudieron para algún tipo de servicio se le aplicó la encuesta, son AM que viven en áreas rurales.

Se utilizó como instrumento la escala psicometría World Health Organization Quality of Life-Old, también llamado WHOQOL-OLD,¹ en su versión original presenta una estructura de seis dimensiones: Habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación social, Muerte e Intimidad, con 24 ítems y una puntuación de fiabilidad de .89.

La captura de la información se llevó a cabo con el Programa Excel y SPSS versión 21. Se elaboraron tablas y gráficas de acuerdo con cada dimensión. Del instrumento: según la valoración de la escala, a mayor puntuación en cada dimensión será mejor la auto percepción de la calidad de vida de los AM, de acuerdo con la escala cuanto más cercano sea el resultado a 100, la percepción será más satisfactoria.

La escala valora para la dimensión de *habilidades sensoriales* el funcionamiento sensorial, impacto en la pérdida de habilidades sensoriales, en la dimensión de *autonomía*: la independencia del AM, la capacidad o libertad de vivir en autonomía y la toma de sus decisiones propias; para la dimensión de *actividades pasadas, presentes y futuras*, valora la satisfacción con los logros a lo largo de su vida, así como sus objetivos pendientes. En la dimensión de *participación social*, valora su participación en actividades cotidianas y en la comunidad; para la dimensión de *muerte*, valora las dudas, preocupaciones y miedos con respecto a la muerte y para la dimensión de *intimidad* valora la posibilidad de mantener relaciones personales e íntimas. Los valores adquiridos para cada variable en las dimensiones se describen como nada, un poco, lo normal, bastante, extremadamente.

¹ El instrumento recientemente se ha adaptado a la realidad de algunos países latinoamericanos como México, Ecuador y Chile. Una adaptación realizada en México demostró una estructura interna de seis dimensiones y se reporta una fiabilidad de alfa de Cronbach (α) de .84; por lo tanto, se considera que el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD cuenta con evidencias empíricas de validez y fiabilidad que lo sitúan como un instrumento adecuado para medir la variable de la calidad de vida (Queirolo Ore *et al.*, 2020).

Resultados

De los municipios de procedencia de los AM, dos están señalados con alto índice de marginalidad y los otros dos se ubican en un nivel medio de acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población 2020.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de adultos mayores de comunidad rural del Estado de México (2003)

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	56	70
	Masculino	23	30
Escolaridad	Primaria	58	73
	Secundaria	4	5
	Sin escolaridad	17	21
	Sin dato	1	1
Ocupación	Hogar	56	70
	Comerciante	3	4
	Desempleado	6	8
	Pensionado	2	2.5
	Campeño	7	9
	Albañil	2	2.5
Sin dato	3	4	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados.

Por cada hombre AM entrevistado hubo 2.4 mujeres, quienes conformaron la mayor parte de la población (69.23%), 19% de ellas no tienen escolaridad, mientras que en el caso de los hombres sin escolaridad equivale al 27%, las mujeres tienen un nivel educativo mayor que los hombres (tabla 2). Respecto a la ocupación en hombres y mujeres, más de dos terceras partes (69.23%) se dedicaban a las actividades del hogar.

Tabla 2. Escolaridad por sexo de adultos mayores de comunidad rural del Estado de México (2003)

Escolaridad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Primaria	41	16	57
Secundaria	4	0	4
Sin escolaridad	11	6	17
Sin dato	-	-	1
Total	56	22	79

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados.

En cuanto a la edad, el promedio de edad fue de 73 años, la mitad de la población tenía ± 73 años, la edad más frecuente fue de 75 años, la edad mínima fue de 63 años y la máxima de 92 años, con una amplitud de 29 años. 25% de la población tenía ≤ 69 años y el 25% restante ≥ 76 años.

Tabla 3. Diagnósticos referidos por los AM de comunidad rural del Estado de México (2003)

Variable	Indicador	Frecuencia	%
	Sanos	2	2.5
Enfermedades*	Crónico-degenerativas (HTA, DM II, artritis, osteoporosis, deterioro visual y auditivo, parálisis facial)	23	29
Discapacidades**	Limitaciones (asociadas a Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), hemiparesia, fracturas, lumbalgias, gornatrosis)	36	46
	Limitaciones por amputación	2	2.5
	Sin dato	16	20

*El listado que se presenta de enfermedades es de acuerdo a CIE-11.

**El listado que se presenta sobre discapacidad y limitaciones es de acuerdo a la Clasificación Internación del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF).

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados.

En relación con el estado de salud, 2.5% de las mujeres AM se diagnosticaron como sanas, su estado civil era viuda, se dedicaban al hogar. 29% de los AM presentaron enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, artritis, osteoporosis, deterioro visual y auditivo, parálisis facial), 46% refirieron tener un diagnóstico de derivada EVC, hemiparesia, fracturas, lumbalgias, gonartrosis; en cuanto a las limitaciones, la más frecuente fue por amputación 2.5%.

Tabla 4. Dimensiones de la calidad de vida, adultos mayores de comunidad rural del Estado de México (2003)

Dimensión	Promedio	Mediana	Desviación estándar
Habilidades sensoriales	28	30	6.3
Autonomía	30	30	5.3
Actividades pasadas, presentes y futuras	32	33	5.8
Participación social	33	32	6.9
Muerte	32	35	10
Intimidad	29	30	7.7

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación.

Gráfico 1. Resultados medios para cada dimensión del estudio según la percepción de los AM de comunidad rural, Estado de México (2003)



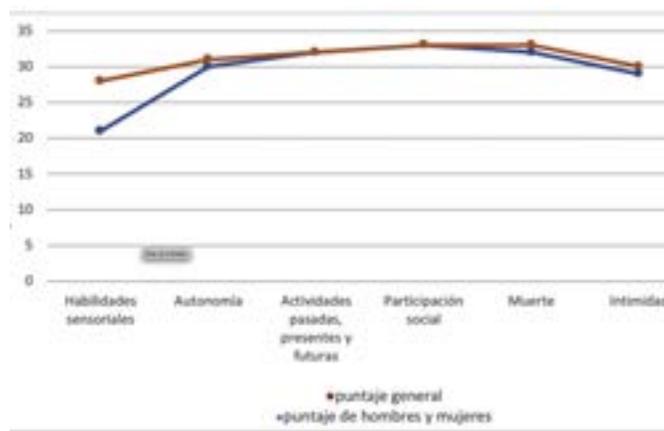
Fuente: Elaboración propia con base en la investigación.

La puntuación media de cada AM, en cada una de las áreas de estudio, indica el grado de satisfacción percibida para cada una de las dimensiones relacionadas con la calidad de vida. Según la escala de 0 a 100 aplicada, cuanto más cercano sea el resultado a 100, más satisfactoria o positiva será la percepción para esa área y sus respectivos ítems.

De acuerdo con los datos obtenidos, el resultado medio total de la opinión de la calidad de vida se puntuó en 30, resultado numérico correspondiente al valor de lo normal.

El resultado más elevado se encontró en la dimensión de participación social (33), el más bajo en habilidades sensoriales (38), datos que se relacionan con las enfermedades y discapacidades que alteran de alguna manera los sentidos.

Gráfico 2. Resultados medios para la percepción de la calidad de vida según el sexo de los AM, comunidad rural del Estado de México (2003)



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación.

En relación con el sexo, no hubo diferencia en los puntajes medios de la percepción de la calidad de vida tanto en los hombres como en las mujeres, en ambos las puntuaciones son semejantes.

Por dimensión, a diferencia de la media general, las habilidades sensoriales se encuentran por debajo de la media, en las dimensiones de autonomía, muerte e intimidad se nota una ligera diferencia en la percepción.

Aunque de manera general los AM perciben su calidad de vida como normal, al analizar con el resto de las dimensiones, los AM del área rural perciben tener poca calidad de vida. Si revisamos que los AM, presentan enfermedades crónicas y de discapacidad, y que un porcentaje bajo cuenta con una pensión.

La afectación a su vida diaria y sus capacidades de participar en actividades por la alteración de uno o varios de sus sentidos se está “normalizando” tal como se aprecia en la gráfica 1.

Los estudios de la calidad de vida en AM en zonas rurales en México son escasos, o bien señalan mediciones relacionadas con calidad de vida desde diversos parámetros, los realizados por Hernández (2019), Peña (2019) y Meza Calleja *et al.*, (2012), en los que se coincide que hay dimensiones de la vejez importantes para el envejecimiento de calidad como la participación social, la salud, la dependencia/independencia, los apoyos familiares, también refieren la importancia de tener claridad del contexto donde está envejeciendo el AM, ya que en las áreas rurales no se cuenta con los servicios necesarios que puedan favorecer esa salud y dicho envejecimiento.

En cuestiones de género, en las zonas rurales la construcción de los roles se encuentra más arraigado dadas las costumbres y creencias locales, los AM se vuelven aquellos sujetos sociales y más las mujeres que tienen que participar en las acciones sociales-políticas, por lo que esta dimensión es un factor social que pueda estar relacionado con la calidad de vida.

Si bien una de las limitaciones del estudio fue no contar con datos sociales que permitieran el análisis a profundidad y relacionarlas con la percepción de la calidad de vida, podemos incorporar las condiciones del contexto local de la zona donde viven los AM, al ser una comunidad de interfase, se dan condiciones político sociales que hacen

que la cotidianidad del AM no se encamine a un envejecimiento saludable, si bien la presencia de instituciones de atención social están presentes, las cuales no cuentan con el personal, los insumos y los instrumentos programáticos necesarios para darles la atención requerida. Las instituciones que brindan atención a los AM son de primer contacto, preventivas y no rehabilitadoras o atención permanente, deben considerar los factores sociales de las localidades rurales para su intervención oportuna y eficaz.

Discusión

En cuanto al perfil sociodemográfico, resalta que el 59.61% de los AM no cuentan con estudios de nivel básico, datos que coinciden con el INEGI; según información del Censo 2020, hay 2.4 millones de AM que no saben leer ni escribir, lo que equivale a 16% de la población total de este grupo de edad (INEGI, 2021), esto puede deberse a que son habitantes de una comunidad rural, en donde el acceso a la educación es limitado, considerando además que en los años en que les tocó formarse aún no se contaba con la misma infraestructura y equipamiento educativo del momento actual.

Al parecer, a pesar de tener enfermedades, discapacidades y otras condiciones como la dependencia, estudios realizados con AM en los que se midió la calidad de vida, coinciden con los resultados que se muestran al indicar que la percepción de la calidad de vida es buena, excelente o lo normal (Loredo *et al.*, 2016; Vargas & Melguizo, 2017; Villareal *et al.*, 2022), como lo Marca también la recién encuesta del INEGI (2021).

Hay coincidencia con INEGI (2017) en cuanto a que las enfermedades crónico-degenerativas ocupan el primer lugar en la población de AM, en este caso, el 12.5% de los AM, reportó, padecen alguna enfermedad de este tipo (párr. 5-8).

Las habilidades sensoriales en esta etapa de la vida disminuyen, se alteran uno o varios de los sentidos, lo cual disminuye la capacidad de participación, afectando también en su autonomía en un grado normal, por tanto, esta situación afecta su capacidad para relacionarse con los demás; no obstante, el 37.5% de los AM señalaron que no se siente ni satisfecho, ni insatisfecho con su salud, hecho que denota cierto grado de conformidad. Datos que coinciden con el estudio realizado por Hernández, Chavez y Yhuri (2016) de AM en zonas rurales, son semejantes al resaltar que la dimensión participación social mostró un valor alto.

La disminución de las facultades en general en esta etapa de la vida provoca que los AM sean discriminados por la sociedad y por sus propias familias, es decir, se ve afectada su autonomía, solo tienen un poco de libertad para tomar sus propias decisiones, lo cual contrasta con que aún creen poder hacer las cosas que les gustan, pero hasta cierto punto, algunos de ellos están descontentos al pensar en su futuro.

Al no tener libertad para decidir, el AM se ve afectado en su participación social porque suelen estar insatisfechos en la forma en que utilizan su tiempo, pero tienen suficientes cosas que hacer en un grado normal, lo que coincide con que no están insatisfechos ni satisfechos con las oportunidades de participación en la comunidad, y con lo que han conseguido en su vida, el reconocimiento que han recibido también se ubica en el término medio, lo consideran normal.

Con respecto a la muerte, la percepción de acuerdo con la puntuación marca tener un poco de preocupación acerca de la manera en que morirán y no ser capaces de controlarla, ya que este suceso es algo irremediable y natural, sin embargo, destaca que no deja de asustarles bastante la idea de que su vida en algún momento concluirá, pues les asusta bastante el dolor que puedan sentir en esos momentos. La enfermedad y lo que se deriva de este proceso, depende de que tan acompañado y aceptado se sienta el AM, respecto a su intimidad esta dimensión se encuentra por debajo del puntaje medio, manifiestan percibir recibir y dar poco amor, dimensión que está relacionada con el acompañamiento de familia y amigos.

Al respecto, el grado de satisfacción tiene que ver con las enfermedades que padecen los AM, es decir, mientras menos se enfermen más satisfechos se sentirán, esto coincide con un estudio realizado en Madrid a cargo de Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas (2011), el cual reporta que “la salud medida por el número de enfermedades declaradas muestra una relación inversa, de modo que están más satisfechos quienes padecen menos enfermedades (2.9 enfermedades), siendo así que los que tienen 3 o más, están nada, poco o regular satisfechos con la vida” (p. 348).

Conclusiones

Las puntuaciones más bajas en la percepción de calidad de vida de AM en zonas rurales sugieren que pueden estar socialmente aislados. Los adultos mayores de estas zonas pueden necesitar intervenciones para mantener la salud física y mental, fortalecer las relaciones sociales y el apoyo, y aumentar su participación en la comunidad para promover la calidad de vida. Además, según su ocupación parecen más vulnerables los que se dedican al hogar y pueden necesitar más ayuda.

La participación social contribuye a una mejor calidad de vida independientemente de la forma de vida, y la participación como una dimensión medio el puntaje para ubicarlo en un parámetro de normalidad. Lo que es necesario a considerar en el desarrollo de programas y políticas que fortalezcan dicha participación social a través de actividades comunitarias de los adultos mayores, especialmente en las zonas rurales, ayudarán a mejorar la calidad de vida.

El envejecimiento de la población a nivel mundial debe considerarse y asumirse con la prontitud y profundidad que amerita la situación, se debe contar con las políticas, estrategias y mecanismos para atender las demandas y necesidades de este grupo etario de manera integral, no solamente en materia de salud; se debe considerar que la vejez es una etapa de la vida y que el AM es un ser social que requiere ser tomado en cuenta en su comunidad y en su familia, son personas que cuentan con un cúmulo de saberes que pueden aportar a las generaciones más jóvenes. Si se les da la oportunidad de desarrollar sus capacidades, se sentirán más satisfechos con su vida.

La situación familiar de las personas mayores afecta la percepción de calidad de vida. Se puede esperar que vivir con sus familiares sea favorable para las personas mayores porque se traduce en un mejor desempeño en los ámbitos físico, psicológico y social. La soledad, que frecuentemente acompaña a la vejez, conduce al deterioro de la calidad de vida.

Referencias

- Ayuntamiento San Antonio la Isla (s.f.). *Nuestro Municipio*. Disponible en <https://sanantoniola isla.gob.mx/nuestro-municipio/>.
- Cohen, S. A. & Greaney, M. L. (2023). Aging in Rural Communities. *Current epidemiology reports*, 10(1), 1-16. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00313-9>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). Informe de pobreza y evaluación 2020 Estado de México. Disponible en https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Mexico_2020.pdf.
- Devesa, C. y Conrado, G. (1992). Algunas precisiones en geriatría gerontológica, Complejo Geriátrico. Combinado Poligráfico Emilio Rodríguez Curbelo, pp. 32-36.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M. & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Flores Villavicencio, M.E., Vega López, M.G. y González Pérez, G.J. (2011). Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia. Universidad de Guadalajara. Disponible en https://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_ADULTO_MAYOR.pdf.
- Gallardo Peralta, L. P., Díaz Araya, P. L., Mamani Mamani, M. P., Ramírez Arángüiz, N. M. y Zambrabo Huanca, E. A. (2021). Calidad de vida en personas mayores de entornos rurales: diferencias entre hombre y mujeres. 27. Disponible en [doi:http://dx.doi.org/10.29393/ce27-33cvle50033](http://dx.doi.org/10.29393/ce27-33cvle50033).
- García, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. En-claves del pensamiento, 13- 29. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070320>.
- García Sandoval, J.R., Aldape Ballesteros, L.A. y Alonso, E.F. (2020). Perspectivas del desarrollo social y rural en México. *Revista de Ciencias Sociales*, XXVI(3). Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/280/28063519011/html/>.

- González-Celis, A. (2004). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Instituto de Geriatria. Disponible en <http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/4339/Asignaturas/1012/Archivo4.1513.pdf>.
- Giusti, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
- Hink, S. (2004). The lived experience of oldest-old rural adults. *Qualitative health research*, (14): 779-791.
- Herrera Cela, C. y Mora Sánchez, J. H. (2016). Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL-OLD en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito. Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12575>.
- Hernández Huayta, J., Chavez, M. S. y Yhuri, C. N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3). Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400010.
- Hernández Lara, I. & Mercado López, A. (julio-diciembre de 2019). Adultos mayores en zonas rurales de México. Añoranzas y vulnerabilidades frente a la migración de los hijos a EE. UU. *Trabajo Social*, 21(2). Disponible en doi: <https://doi.org/10.15446/ts.v21n2.75285>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2023). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva, 2021. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=8294>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (s.f.). *Cuéntame de México*. Población rural y urbana. Disponible en https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (29 de 09 de 2021). *Estadística a propósito del día internacional de las personas adultas mayores*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Disponible en https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Estudios_Diagnosticos/2017/2mpolitica-publicaestudioadultas-mayores.pdf.
- Isserman, A.M. (2005). In the national interest: defining rural and urban correctly in research and public policy. *Int Reg Sci Rev*. 28(4): 465-499. doi: 10.1177/0160017605279000.
- Levy, L. y Anderson, L. (1980). *Psychosocial stress: population, environment, and quality of life*. Books Division of Spectrum Publications, Inc.
- Loredo Figueroa, M. T., Gallegos Rorres, R. M., Xequé Morales, A. S., Palomé Vega, G. & Juárez Lira, A. (julio-septiembre de 2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista de Enfermería*, 13(3). Disponible en doi:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>.
- MarketDataMéxico (s.f.). Colonia San Lucas Tepemajalco, San Antonio Isla, en Estado de México. Disponible en <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Colonia-San-Lucas-Tepemajalco-San-Antonio-Isla-Estado-Mexico>.
- Monral Bosch, P., Del Valle Gómez, A. y Serda Ferrer, B. (diciembre de 2009). Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. *Psychosocial Intervention*, 18(3). Disponible en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300007#:~:text=El%20envejecimiento%20en%20entornos%20rurales,servicio%20\(Hink%2C%202004\)](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300007#:~:text=El%20envejecimiento%20en%20entornos%20rurales,servicio%20(Hink%2C%202004)).
- Meza Calleja, A. M., Magallán Torres, M., Ramos Esquivel, J., Luna Hernández, F., Ávila Sotomayor, U. H., Avelino Rubio, I. y Martínez González, M. G. (2012). Calidad de vida: percepciones y representaciones en personas mayores del Estado de Michoacán, México. *Revista de Educación y Desarrollo*, (24). Disponible en https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/24/024_Meza.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (s.f.). *Desafíos globales. Envejecimiento*. Disponible en <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f.). *Envejecimiento Saludable*. Disponible en <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>.
- Peña Marcial, E., Bernal Mendoza, L. I., Reyna Avila, L., Pérez Cabañas, R., Onofre Ocampo, D. A., Cruz Arteaga, I. A. y Silvestre Bedolla, D. (mayo-agosto de 2019). Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Revista Universidad y salud*, 21(2). doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.144>.
- Queirolo Ore, S.A., Barboza Palomino, M. y Ventura-León, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería global*, 19(60). <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420681>.
- Rojó-Pérez, F. y Fernández-Mayoralas G. (eds.) (2011). *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilabo: Fundación BBVA.

- Schroeder, M. (2016). Cita: US News & World Report. Disponible en <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/aging/1/rural-issues>.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2013). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Revista médica de Chile*. 141: 1547-1554.
- Vargas Ricardo, S. R. y Melguizo Herrera, E. (mayo de 2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(4). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n4/0124-0064-rsap-19-04-00549.pdf>.
- Villareal Amaris, G. E., Pérez Aguas, C. P. y Usta Carrillo, A. (enero-abril de 2022). Salud y calidad de vida auto percibida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. *Revista Salud Uninorte*, 38(1). doi: <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.613.042>.