

Calidad de Vida del adulto mayor desamparado, asilado en Ciudad Juárez Chihuahua, México

Quality of life of the elderly homeless, nursing homes in Ciudad Juárez Chihuahua, México

María Elena Vidaña Gaytán, María Nieves González Valles, Alejandra Rodríguez Tadeo, Nina del Rocío Martínez Ruiz, Rene Urquidez Romero

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (México)

Resumen: Este trabajo se refiere a la investigación realizada por un grupo multidisciplinario de Ciudad Juárez Chihuahua y de Mérida Yucatán en México. Se refiere al estado nutricional, sarcopenia y calidad de vida de 21 adultos mayores desamparados (en situación de calle) y asilados, con edades entre 60 y 82 años, residentes de la Casa Hogar Príncipe de Paz, en Ciudad Juárez, Chihuahua. Se utilizó el enfoque cuantitativo, con temporalidad transversal, para identificar sus condiciones físicas, cognitivas y psicosociales, mediante los siguientes instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos, la escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud -Old (WHOQOL-OLD), Mini Evaluación Nutricional (MNA), Grupo Europeo de trabajo sobre la Sarcopenia en Personas de Edad Avanzada (EWGOP, por sus siglas en inglés) y el índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria. Los resultados muestran que los adultos mayores desamparados en un 67% se encuentran en riesgo de malnutrición, asimismo se presenta en un 60% el grado de avance del síndrome que se caracteriza por la pérdida gradual y generalizada de la masa muscular esquelética (sarcopenia). Finalmente se concluye que los adultos mayores desamparados se percibieron con una calidad de vida global como regular.

Palabras clave: Calidad de Vida, Adulto Mayor Desamparado, Sarcopenia, Estado Nutricional, Asilo.

Abstract: This research was conducted by a multidisciplinary group of Ciudad Juárez Chihuahua and Mérida Yucatán Mexico. It is about the nutritional status, sarcopenia and quality of life of 21 elderly homeless living in distress and in nursing homes with ages ranging between 60 and 82 years old, and living in Casa Hogar Príncipe de Paz, in Ciudad Juárez, Chihuahua. A questionnaire packet was used to measure their physical, cognitive and psychosocial conditions. A quantitative approach was used, with cross-sectional design. To collect data the following instruments were used: sociodemographic questionnaire, the quality of life scale of the World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) Mini Nutritional Evaluation (MNA), European Group of work on Sarcopenia in the Elderly (EWGOP) and the Katz index of independence activities of daily life. According to the results the elderly homeless refers how they perceived the global quality of

life; additionally, their nutritional status and the progress degree of the syndrome characterized by a gradual and generalized loss of skeletal muscle mass and strength (Sarcopenia) are present in 60%. Also the results refer that 67% of elderly homeless are at malnutrition risk. Finally, it is concluded that the elderly homeless perceived their global quality of life as regular.

Key words: Quality of Life, Elderly Homeless, Sarcopenia, Nutritional Status, Nursing Homes.

Recibido: 01/03/2019 Revisado: 08/06/2019 Aceptado: 10/06/2019 Publicado: 01/07/2019

Referencia normalizada: Vidaña Gaytán, M.E., González Valles, M.N., Rodríguez Tadeo, A., Martínez Ruiz, N. del R. y Urquidez Romero, R. (2019). Calidad de Vida del adulto mayor desamparado, asilado en Ciudad Juárez Chihuahua, México. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 12, 177- 190. doi: 10.15257/ehquidad.2019.0014

Correspondencia: María Elena Vidaña Gaytán, Doctora en Psicoterapia. Maestría en Terapia Familiar Sistémica por el Instituto Regional de Estudios de la Familia. Licenciatura y Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia por la UACJ. Especialidad en Mediación Familiar Sistémica, en el Instituto Regional de Estudios de la Familia. Mediación, en el Tribunal Superior de Justicia a través del instituto de Formación y Actualización Judicial. Reconocimiento al perfil PRODEP deseable y Certificación Docente. Profesora investigadora de tiempo completo. Artículos, capítulo de libro, 1 libro, dirección de tesis de doctorado, maestría y de licenciatura. Correo electrónico: mvidana@uacj.mx

María Nieves González Valles, Doctora en Ciencias Sociales por la UACJ. Maestría en Terapia Familiar Sistémica por el Instituto Regional de Estudios de la Familia. Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia por la UACJ y Licenciatura en Psicología por la UACJ. Reconocimiento al perfil PRODEP deseable y Certificación Docente. Profesora investigadora tiempo completo, adscrita al Programa de Psicología UACJ, a la maestría en Psicología Clínica y a el Doctorado en Psicología con énfasis en Salud y Violencia. Miembro del Cuerpo Académico CAC-UACJ 35: Psicología Clínica y de la Salud. Temáticas de Investigación: Adicciones, Psicoterapia y Juventudes. Artículos, capítulos de libro, dirección de tesis de doctorado y maestría, tesis de licenciatura. Correo electrónico: mgonzale@uacj.mx

Alejandra Rodríguez Tadeo, Doctora en Ciencias de la Salud & Nutrición y Bromatología, por la Universidad de Murcia España. Maestra en Ciencias de la Nutrición Humana. Licenciada en nutrición- Profesora de tiempo completo. Integrante del Cuerpo Académico 58 Salud Comunitaria. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores SIN C. Artículos, 2 libros, capítulos de libro, dirección de tesis de doctorado y maestría, tesis de licenciatura. Correo electrónico: alrodrig@uacj.mx

Nina del Rocío Martínez Ruiz, Profesora Investigadora de la UACJ. Doctorado en Ciencias en Alimentos esp. Evaluación Sensorial (TNM-Veracruz). Maestría en Educación de la Química (UAEMex). Química en Alimentos (UAEMex). PTC Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Laboratorio de Ciencias de los Alimentos y Laboratorio de Evaluación Sensorial. Miembro SNI-I- 14 artículos, 6 capítulos de libro, 2 libros, 4 tesis de maestría, 16 tesis de licenciatura. Premio en Investigación en Nutrición 2016. Dos patentes: "Masa de harina de Trigo y harina de *Brosimum alicastrum* Sw. (ramón) para elaboración de productos alimenticios, preferentemente tortilla". Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI). Folio: Mx/E/2018/070644. "Formulación y Proceso de elaboración de una bebida nutritiva elaborada con semilla de *Brosimum alicastrum* Sw. (ramón). En trámite. Noviembre 2018. Correo electrónico: nmartine@uacj.mx

Rene Urquidez Romero, Profesor-Investigador de tiempo completo (PTC-1) en el Programa de Nutrición en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), desde 2004 a la fecha como. Cursos impartidos en el área de Ciencias de la Salud en la disciplina de Nutrición y Alimentación. Perteneció al NAB de la Maestría en Salud Pública. Actualmente es Investigador Nacional (Nivel I) y tiene experiencia en la coordinación de estudios de campo, gestión y análisis de muestras biológicas, gestión de base de datos de estudios epidemiológicos y en el análisis estadístico. Ha trabajado en diversos proyectos de investigación, entre ellos un proyecto para comprender los factores genéticos y ambientales en el desarrollo de la obesidad y la diabetes tipo 2 en los indios Pima de Arizona y Sonora. Actualmente participa como colaborador en un estudio para analizar la calidad de vida y la percepción de la imagen corporal en adultos con obesidad. Correo electrónico: rurquide@uacj.mx

1. INTRODUCCIÓN

En su informe *Perspectivas de la población Mundial*, las Naciones Unidas (2017), se espera que el número de adultos mayores, se duplique para el año 2050 y triplique para el año 2100; es decir la tendencia poblacional para el año 2050 será de 2100 millones de adultos mayores y para el año 2100 habrá 3100 millones. El panorama en México es similar a la tendencia mundial, ya que de acuerdo al Consejo Nacional de la Población (CONAPO) la estructura de la población 1990, 2017 y 2050 muestra un continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional (ver Figura 1).

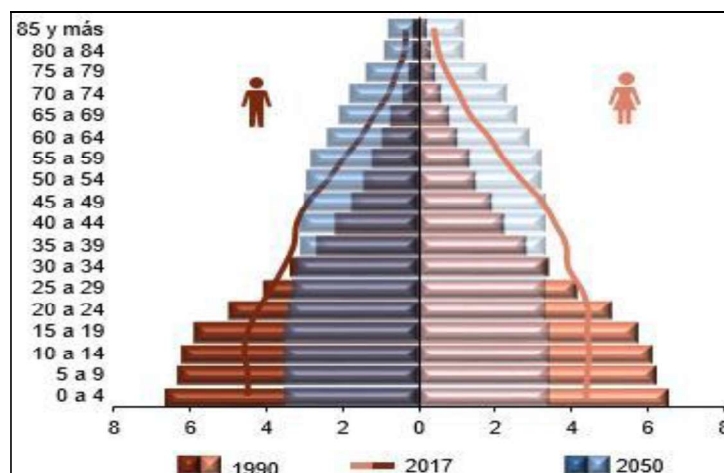


Figura 1. Estructura de la población 1990, 2017 y 2050
Fuente: CONAPO. (2012) *Proyecciones de la Población de México 2010-2050*

En el Estado de Chihuahua se proyecta un incremento en el porcentaje del grupo de 65 y más años respecto a la población total de este estado, y que pasará de 7.4 % en 2020 a 10.2 % en 2030, que equivale a más de 400 mil adultos mayores. El municipio de Juárez ocupa el primer lugar de crecimiento de la población del adulto mayor con 4.1%, y se espera que se duplique en los próximos 18 años (Flores-Padilla et al., 2010).

En este contexto, profesionales de diversas disciplinas de química y alimentos, salud comunitaria, psicología de la salud en colaboración con y el Banco Germoplasma y la Unidad de Recursos Naturales del Centro de investigación Científica de Yucatán (CICY) como equipo multidisciplinario han creado un macro-proyecto de investigación en donde se conjuntan los saberes para responder a la población vulnerable en esta etapa del ciclo vital.

Podemos afirmar que cada adulto mayor tiene un proceso diferenciado en cuanto a la forma de vivir la vejez, pues su funcionamiento se da en razón de las acciones y las omisiones que se viven en el diario vivir, así lo esperado es que el adulto mayor tenga cubierta las necesidades básicas, alimento, vestido, casa, salud y las psicológicas como el afecto y el cuidado de sus seres queridos. Sin embargo, algunos adultos mayores terminan en situación de calle y posteriormente de asilo tras sufrir el abandono de la familia, siendo referidos a través de denuncias de vecinos-as a la policía.

Los asilos para adultos mayores o residencias son instituciones dedicadas a la prestación de servicios de geriatría y a la atención de personas mayores, que por sus situaciones personales o por sus condiciones de salud, no pueden seguir viviendo en casa o requieren unos cuidados específicos. Existen en Ciudad Juárez Chihuahua diferentes tipos de casa hogar que operan por donación y algunos privados.

La presente investigación se llevó a cabo la casa hogar Príncipe de Paz que subsiste a través de donaciones de la sociedad civil y se ubica al surponiente de la ciudad y es el único lugar en Ciudad Juárez que atiende a personas de

la tercera edad que son encontradas en la calle en situación de abandono. Esta casa hogar tiene como infraestructura, una habitación que funge uno como dormitorio para mujeres y otra para varones, además de dos baños y el comedor. En el 2002 el Municipio donó en comodato a la asociación Príncipe de Paz. Fue construido por ellos mismos y por el pastor Víctor Ramírez, quien junto con su familia decidió dedicar su vida a cuidar y proporcionar las necesidades básicas para aquellos adultos mayores que tuvieran la necesidad de apoyo.

Es en esta casa hogar, en donde se llevó la primera fase del proyecto macro en donde un primer objetivo fue contar con una línea base para caracterizar una población de adultos mayores en su estado nutricional, composición corporal y calidad de vida y desarrollar un alimento adicionado con harina de la semilla de ramón (*brosimum alicastrum Sw*) con propiedades nutrimentales, sensoriales y potenciales propiedades funcionales para la prevención y/o control de la obesidad sarcopenia en el adulto mayor.

Con el envejecimiento aumenta la prevalencia de alteraciones nutricionales, por un lado, la nutrición deficiente y por otro el exceso de peso y adiposidad, enfermedades crónicas como la diabetes tipo II, la hipertensión y la pérdida de masa muscular (sarcopenia) así como un pobre estado funcional. El término sarcopenia indica la pérdida involuntaria de masa muscular esquelética que se produce con la edad afectando la fuerza y la función asociada al envejecimiento (Janssen et al., 2004). También se produce pérdida de vitalidad y paulatina debilidad, que se asocian a un incremento en la morbilidad y la mortalidad (Baumgartner et al., 1998). Además de tener un impacto en la calidad de vida del adulto mayor.

Calidad de vida se entiende como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones

armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Watanabe, 2014).

Asociación Americana de Psicología, (APA, 2010), define calidad de vida, grado de satisfacción que una persona obtiene de la vida. Elementos importantes para una buena calidad de vida: gozar de un bienestar emocional, material y físico; sostener relaciones interpersonales; tener oportunidad de desarrollo emocional; ejercer los propios derechos y elegir personalmente el estilo de vida que cada persona quiere llevar; y participar en la sociedad. Mejorar su calidad de vida es una preocupación particular de quienes padecen una enfermedad crónica o de desarrollo y otras discapacidades y de quienes se someten a un tratamiento médico o psicológico. (APA, 2010, p. 63).

Bajo este mismo tenor, sobre el constructo calidad de vida se encontraron antecedentes internacionales con respecto a las dimensiones que la integran. En 2015 Aponte-Daza, de la Paz-Bolivia llevó a cabo un estudio cualitativo con una mujer de 89 años, con el objetivo de analizar su calidad de vida. Encontró como categorías principales la espiritualidad, la salud, la familia y las amigas. Con respecto a la espiritualidad las subcategorías encontradas fueron Dios, iglesia, misa, retiros espirituales y ayudar a personas necesitadas. En la categoría salud se identificaron las subcategorías automedicación, tratamiento de la presión, cuidados en su salud y adhesión al tratamiento. En la categoría familia y amigas, lo más importante fue el esposo, hijos, hermanos y las amistades. La investigadora concluye que son muy específicas y particulares las dimensiones que abarcan la calidad de vida y dependen de la persona; el que satisfaga sus necesidades y el aspecto psicológico tiene mucha relación en el rumbo que se lleve a la misma dirección.

Por su parte, Vargas-Palavicino (2014) realizó una investigación con una población residente del sur de Chile. El objetivo fue evaluar la percepción de calidad de vida. Utilizó una metodología mixta concurrente. Con una muestra de 220 personas, indígenas y no indígenas de más de 60 años. En la fase cuantitativa, aplicó una encuesta con datos sociodemográficos, económicos

y la Escala de Salud SF-36 y Duke Unc11. En la fase cualitativa se realizaron cuatro grupos de discusión. Los principales hallazgos indicaron que la percepción de calidad de vida en ambos colectivos se encontró por debajo la referencia española en todas las dimensiones del cuestionario SF-36, a excepción de la salud general. Así mismo la percepción de ésta se encontró determinado por factores sociodemográficos, económicos y elementos recurrentes en el discurso tales como la alimentación, el autocuidado y situaciones vividas. Las personas indígenas tuvieron una peor percepción de calidad de vida, en comparación con sus congéneres no indígenas. Respecto al apoyo social, este estudio ha confirmado a la familia como la principal fuente de apoyo social ante situaciones de enfermedad, de dificultades económicas y/o emocionales, configurándose en un factor protector que contribuye a una mejor percepción de su salud, no encontrándose diferencias significativas entre ambos colectivos. Así mismo el estrés desempeñó en ambos colectivos un rol mediador entre el apoyo social percibido y la percepción de la calidad de vida. La percepción general de salud en ambos colectivos era concebida como ausencia de enfermedad e interpretada desde el sustrato cultural de cada colectivo, en donde la enfermedad para el colectivo no indígena se concibió como un hecho individual y biológico originada por factores biológicos, emocionales, estilo de vida y situaciones vividas. En cambio en el colectivo indígena se concibió como un hecho colectivo, originada por un desequilibrio consigo mismo, los demás y/o el entorno.

Por su parte, Vázquez-Guzmán (2012) realizó un estudio comparativo acerca del bienestar en adultos mayores de México e Inglaterra, cuyos hallazgos establece una conexión entre niveles de felicidad, salud y habilidad cognitiva con respecto a los niveles de ingreso. Es decir, el adulto mayor incrementa su bienestar subjetivo a partir de un mayor ingreso, más educación, tener una pareja y contar con un buen estado de salud, pero decrece con el desempleo y el divorcio. La salud física es mejor en ambos países considerando ingreso, educación, empleo y salud mental. Un resultado importante es que la depresión y la falta de descanso adecuado afectan negativamente la salud física en general.

2. MÉTODO

Con un enfoque cuantitativo se realizó un diseño no experimental de temporalidad trasversal. La población estuvo constituida por los 21 adultos mayores, siendo el censo de la población durante 2017 y 2018 que viven en la casa hogar Príncipe de Paz de Ciudad Juárez Chihuahua. Los datos obtenidos fueron a través de un cuestionario de datos sociodemográficos con 10 preguntas en donde se registra el sexo, edad, el estado civil, ingreso económico, nivel máximo de estudios, actividad principal, actividades en tiempo libre, enfermedades físicas, tipo de enfermedad y las tres preocupaciones más significativas.

Para determinar la calidad de vida y capacidad sensorial de los participantes se utilizó el instrumento Calidad de Vida (WHOQOL- OLD) que contiene 24 reactivos con un formato en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, donde a mayor puntuación mejor calidad de vida.

El estado nutricional y mediciones antropométricas se realizaron con la mini-evaluación nutricional (MNA), instrumento que está compuesto de mediciones simples y preguntas breves que pueden ser contestadas en 10 minutos (Vellas et al., 1999).

Para la identificación de la sarcopenia se utilizó el algoritmo del grupo europeo del trabajo en sarcopenia de adultos mayores (EWGSOP) (Cruz-Jentoft et al., 2010).

La capacidad para realizar las actividades básicas de la vida (ABVD), que incluye el baño, vestido, utilizar el WC, capacidad de pasar de la cama a la silla, alimentación y el control de esfínteres, se utilizó el índice de Katz (Katz, et al., 1963).

3. RESULTADOS

Se analizó la información de 21 adultos mayores en situación de asilo de la Casa Hogar Príncipe de Paz en Ciudad Juárez Chihuahua. El sexo de los y las participantes fueron el 47.6% (N= 10) mujeres y con un 52.4% (N=11) hombres. La edad mínima fue de 60 años y la máxima 82 años con una media de edad de 69 con una desviación estándar 6.546. El estado civil que predominó fue el divorcio con un 52.4%. El nivel de estudios de los adultos mayores en un 38.1% tienen primaria y el 23.8% no cuenta con ningún estudio. La actividad anterior desempeñada era vender chicles, trabajos de limpieza, jardinería y en el campo. Las principales problemáticas por orden de importancia fueron las preocupaciones por los hijos y el esposo (a), seguido de la salud física y finalmente la inseguridad de no volver a ver a sus familiares.

La evaluación del estado nutricional indicó que sólo el 28.6% de los adultos están bien nutridos, en un 66.7% se encuentran en riesgo de malnutrición y un 4.7% presentaron malnutrición establecida. El 85.7% toman dos comidas completas al día y el 14.3% hacen solo una comida al día. 95.2% si consumen frutas o verduras. El 52.4% al día toma líquidos más de 5 vasos al día (agua, jugo, café, té, leche entre otros) y un 33.3% toma entre 3 a 5 vasos. El 80.9% se alimenta por ellos-as mismos-as sin dificultad. La valoración de la composición corporal indicó que más de la mitad de los participantes presentan alteraciones de la masa muscular o la funcionalidad. Así se aprecia que el 60% de los adultos mayores presentan sarcopenia y el 40% presentan pre-sarcopenia.

Sobre la funcionalidad física el 76% presentan limitada capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

La alteración de los sentidos, específicamente la visión, audición, olfato, gusto y tacto tanto en el 70% de las mujeres y el 63.6% de los varones se encuentra un deterioro regular, lo cual les afecta en su vida diaria y en las actividades cotidianas, en menor frecuencia los hombres (ver Tabla 1).

Tabla 1. Capacidad sensorial con respecto al sexo

		Mala	Regular	Buena	Total
Sexo	femenino	1 10%	7 70%	2 20%	10 100%
	masculino	1 9,10%	7 63,60%	3 27,30%	11 100%
Total		2 9,50%	14 66,70%	5 23,80%	21 100%

$X^2 = .153$ $gl=2$ $p=.926$

Fuente: Elaboración propia.

En un nivel regular se encuentra el factor autonomía, el cual se encuentra más alto en las mujeres con un 80% y en los hombres con un 72.70%, lo cual indica que la percepción de ellas es aún tienen la fuerza para poder realizar cosas que le gustaría hacer, además que piden que las personas que lo rodean respetan su libertad de elección (ver Tabla 2).

Tabla 2. Autonomía con respecto al sexo

		Mala	Regular	Buena	Total
Sexo	femenino	0 0%	8 80%	2 20%	10 100%
	masculino	1 9,10%	8 72,70%	2 18,20%	11 100%
Total		1 4,80%	16 76,20%	4 19,00%	21 100,00%

$X^2 = .955$ $gl=2$ $p=.620$

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la percepción de calidad de vida, las mujeres reportan por igual niveles regulares (50%) y niveles y buenos (50%). En el caso de los varones, el 45% refiere calidad vida regular, el 45% en niveles regulares, mientras uno de los participantes la reporta en niveles considerados malos o deficientes (ver Tabla 3).

Tabla 3. Percepción de la Calidad de vida con respecto al sexo

		Mala	Regular	Buena	Total
Sexo	femenino	0 0%	5 50%	5 50%	10 100%
	masculino	1 9,10%	5 45,50%	5 45,50%	11 100%
Total		1 4,80%	10 47,60%	10 47,60%	21 100%

Fuente: Elaboración propia.

En las dimensiones de calidad de vida global, en capacidad sensorial los-as participantes se autorreportan en nivel regular principalmente (66.7%), y el 23.8% en un nivel aceptable. En autonomía el 76.2% se describe en nivel regular mientras el 19% con niveles aceptables o buenos. Las actividades de la vida diaria, como otra dimensión de la calidad de vida son reportada en niveles regulares por el 61.9% de la población y el 33.3% la refiere como buena. En cuanto a la participación social se describen en niveles buenos por el 52.4% y en rangos regulares por el 47.6% de los-as participantes. En su condición de adultos mayores institucionalizados, un 42.9% no tiene pensamientos recurrentes o temor a la muerte, mientras el 47.6% se encuentra medianamente preocupado por la posibilidad de morir o experimentar dolor ante dicho suceso, y solo dos de los participantes (9.5%) experimentan pensamientos recurrentes en ese sentido. La dimensión intimidad como capacidad de establecer vínculos afectivos es reportada en niveles regulares en su mayoría (47.6%), en rangos buenos por el 33.3% y en malos o deficientes por el 19% (ver Tabla 4).

Tabla 4. Dimensiones de calidad de vida

		No.	%
Capacidad Sensorial	Mala	2	9,5
	Regular	14	66,7
	Buena	5	23,8
	Total	21	100
Autonomía	Mala	1	4,8
	Regular	16	76,2
	Buena	4	19,0
	Total	21	100
Actividades	Mala	1	4,8
	Regular	13	61,9
	Buena	7	33,3
	Total	21	100
Participación Social	Mala	1	4,8
	Regular	9	42,9
	Buena	11	52,4
	Total	21	100
Temor a la muerte	Mala	2	9,5
	Regular	10	47,6
	Buena	9	42,9
	Total	21	100
Intimidad	Mala	4	19,0
	Regular	10	47,6
	Buena	7	33,3
	Total	21	100

Fuente: Elaboración propia.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos difieren de los antecedentes reportados en investigaciones previas enfocadas en las dimensiones objetivas de la calidad de vida donde este aspecto se relaciona con el ingreso y nivel educativo. La población de estudio del presente trabajo se caracteriza por situaciones de vida precaria, sin ingreso económico, sin redes de apoyo o afectivas, con un lapso de vida en abandono familiar y social. Aun así, la calidad de vida autopercibida es en su mayoría reportada en niveles aceptables o regulares. La explicación posible estaría dada a partir de la experiencia de abandono y su posterior acogida en el asilo. Desde esta condición, los-as usuarios-as valoran altamente la atención, cuidados, compañía, y satisfacción de las necesidades básicas que el personal y voluntarios les proveen.

La calidad de vida subjetiva esta mediada por las condiciones de vida y cuestiones culturales donde se refuerza y valora y a veces se enaltece la resistencia a las situaciones más adversas.

5. Referencias

- Aponte-Daza, V. (2015). Calidad de Vida en la Tercera Edad. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana, San Pablo, 13(2), 152-182.*
- Asociación Americana de Psicología. (APA, 2010). *Diccionario conciso de Psicología.* México: Manual Moderno.
- Baumgartner, R. N., Koehler, K. M., Gallagher, D., Romero, L., Heymsfield, S. B., Ross, R. R., ... y Lindeman, R. D. (1998). Epidemiology of Sarcopenia among the Elderly in New Mexico. *American Journal of Epidemiology, 147(8), 755–763.*
- Consejo Nacional de la Población. (CONAPO, 2012). *Proyecciones de la Población de México 2010-2050.* México: D.F. Consultado en línea https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento_Metodologico_Proyecciones_Mexico_2010_2050.pdf
- Cruz-Jentoft, A., Baeyens, J., Bauer, J., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., ... y Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing, 39(4), 412–423.*

- Flores-Padilla, L., Trejo-Franco, J., y Rodríguez-Tadeo, A. (2010). *Transición demográfica y epidemiológica del adulto mayor en Chihuahua, México*. En Estudio de los 1000. Salud y nutrición del adulto mayor chihuahuense. (P.47) Ciudad Juárez, Chihuahua: UACJ.
- Janssen, I., Shepard, D., Katzmarzyk, P., & Roubenoff, R. (2004). The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(1), 80–85.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914–919.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248
- Vargas, Palavicino, I. (2014). *Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos chilenos*. La Rioja: Universidad de la Rioja. España Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/448/44839779006.pdf
- Vázquez-Guzmán, D. (2012). A comparative study of well-being for elders in Mexico and England. *Estudios Regionales en Economía, Población y Desarrollo. Cuadernos de Trabajo de la UACJ*, 9.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., & Albarede, J. L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116–22.
- Watanabe, B.Y.A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- WHOQOL Group. (1988) The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1403.