



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“Análisis de comportamientos
generativos, autoeficacia, síntomas
depresivos y calidad de vida en ancianos”**

Tesis que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Presenta:

LG. ANA KAREN BARRÓN GÓMEZ

Director(a) de Tesis

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

Codirector(a) de Tesis

DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ

San Agustín Tlaxiaca Hgo. a 13 de mayo de 2026.



13/05/2026

Asunto: Autorización de Impresión

Mtra. Ojuky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
Presente.

El comité Tutorial de la **TESIS** del programa educativo de posgrado titulada “**Análisis de comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos**”, realizado por la sustentante **Ana Karen Barrón Gómez**, con número de cuenta **279237** perteneciente al programa de **Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud**, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de posgrado, tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente
“Amor, Orden y Progreso”
Pachuca, Hidalgo a 13 de mayo del 2026

El Comité Tutorial


Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz


Dr. Rubén García Cruz


Dra. Norma Angélica Ortega Andrade


Mtro. Luis Vicente Rueda León


Mtra. Diana Karina Straffon Olivares



“Amor, Orden y Progreso”



Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P.42168
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41556 y 41557
medicina@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

Se le agradece al Centro Gerontológico Integral de Huejutla y Acaxochitlán, así como a las diferentes casas de día, en el cual se llevó a cabo la realización de esta investigación.

Al igual al núcleo básico de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud, a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y a todos sus docentes por el conocimiento y apoyo brindando a lo largo de esta investigación.

Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1... ..	4
Envejecimiento y vejez.....	4
Definición de envejecimiento.....	4
Definición de vejez.....	5
Teorías de envejecimiento.....	6
Tipos de envejecimiento.....	7
Epidemiología.....	9
Envejecimiento demográfico en México.....	10
Características psicosociales de las personas mayores.....	11
Capítulo 2... ..	12
Comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos	12
Definición de comportamientos generativos	13
Teoría del desarrollo psicosocial de Erickson	13
Modelo multifacético de McAdams	14
Modelo de estatus de generatividad de Bradley	16
Modelo teórico de Kotre.....	17
Comportamientos generativos en ancianos	17
Definición de autoeficacia.....	18
Modelo de autoeficacia de Bandura	18
Autoeficacia en el adulto mayor.....	20
Síntomas depresivos	20
Clasificación de la depresión:.....	21

Epidemiología.....	21
Sintomatología depresiva en el anciano	22
Capítulo 3...	22
Calidad de vida	22
Definición de calidad de vida	23
Calidad de vida relacionada con la salud.....	23
Dimensiones de la calidad de vida	23
Modelos de calidad de vida	24
Calidad de vida en ancianos	25
Planteamiento del problema	26
Pregunta de investigación	27
Justificación	27
Hipótesis...	28
H_0	28
H_1	28
Supuesto.....	29
Objetivos...	29
Objetivo General.....	29
Objetivos Específicos	29
Materiales y métodos	29
Contexto de la investigación.....	29
Diseño y tipo de estudio	30
Definición de variables.....	32
Tamaño de la muestra y muestreo	33
Criterios de inclusión y exclusión	33
Instrumentos	33
Procedimiento	35

Análisis estadístico	36
Aspectos éticos	36
Clasificación del riesgo	36
Resultados	37
Discusión	56
Bibliografía	59
Anexos	66
Anexo I Dictamen del comité de ética e investigación	66
Anexo II Consentimiento informado.....	67
Anexo III Ficha de datos sociodemográficos	68
Anexo IV Escala de Comportamientos Generativos (ECG)	69
Anexo V Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve).....	71
Anexo VI Escala de depresión geriátrica breve de Yesavage	73
Anexo VII Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD).....	74

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de autoeficacia (31).	15
Figura 2. Modelo de estatus de generatividad de Bradley (31).	16
Figura 3. Modelo de autoeficacia (41).	19
Figura 4. Diagrama del modelo de calidad de vida OMS (50).....	24
Figura 5. Diagrama de flujo del diseño de investigación	30
Figura 6. Diagrama de flujo del estudio	31

Índice de tablas

Tabla 1 Variables de la investigación.....	32
Tabla 2 Medidas descriptivas de los comportamientos generativos, autoeficacia, calidad de vida y sus dimensiones en personas mayores.	38
Tabla 3 Nivel de comportamiento generativo en ancianos de Hidalgo.	39
Tabla 4 Nivel de autoeficacia en ancianos del estado de Hidalgo.	39
Tabla 5 Nivel de sintomatología depresiva en personas mayores.	39
Tabla 6 Nivel de calidad de vida de las personas mayores del estado de Hidalgo.	40
Tabla 7 Comportamientos generativos y municipio de procedencia de las personas mayores.	40
Tabla 8 Comportamientos generativos y sexo del anciano.	41
Tabla 9 Comportamientos generativos y estado civil del anciano.	41
Tabla 10 Comportamientos generativos y edad del anciano.	41
Tabla 11 Comportamientos generativos y ocupación del anciano.	42
Tabla 12 Comportamientos generativos y escolaridad del anciano.....	42
Tabla 13 Comportamientos generativos y estatus familiar del anciano.	42
Tabla 14 Comportamientos generativos y estado de jubilación	43
Tabla 15 Autoeficacia y municipio de procedencia de los ancianos.	43
Tabla 16 Autoeficacia y sexo del anciano.	44
Tabla 17 Autoeficacia y edad del anciano.	44
Tabla 18 Autoeficacia y estado civil del anciano.	45
Tabla 19 Autoeficacia y ocupación del anciano.	45
Tabla 20 Autoeficacia y escolaridad del anciano.	45
Tabla 21 Autoeficacia y estatus social del anciano.	46
Tabla 22 Autoeficacia y estado de jubilación en el anciano.....	46
Tabla 23 Presencia de sintomatología depresiva y municipio de procedencia de las personas mayores.....	47
Tabla 24 Presencia de sintomatología depresiva y sexo del anciano.	47
Tabla 25 Presencia de sintomatología depresiva y grupos de edad del anciano.	47
Tabla 26 Presencia de sintomatología depresiva y estado civil del anciano.	48

Tabla 27 Presencia de sintomatología depresiva y ocupación del anciano.	48
Tabla 28 Presencia de sintomatología depresiva y escolaridad del anciano.	48
Tabla 29 Presencia de sintomatología depresiva y estatus familiar del anciano.	49
Tabla 30 Presencia de sintomatología depresiva y dependencia económica del anciano. ..	49
Tabla 31 Calidad de vida y municipio de procedencia del anciano.	50
Tabla 32 Calidad de vida y sexo del anciano.	50
Tabla 33 Calidad de vida y edad del anciano.	51
Tabla 34 Calidad de vida y estado civil del anciano.	51
Tabla 35 Calidad de vida y ocupación del anciano.	51
Tabla 36 Calidad de vida y escolaridad del anciano.....	51
Tabla 37 Calidad de vida y acompañamiento del anciano	52
Tabla 38 Calidad de vida y dependencia económica del anciano.	52
Tabla 39 Correlación Rho de Spearman entre las variables de comportamientos generativos, síntomas depresivos, autoeficacia y calidad de vida.	53
Tabla 40 Correlación Rho de Spearman entre las variables de comportamientos generativos, síntomas depresivos, autoeficacia y las áreas de la calidad de vida	55

Abreviaturas y glosario

AE: Autoeficacia

CG: Comportamientos generativos

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CV: Calidad de vida

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

Actividades recreativas físicas: Es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo.

Actividades recreativas mentales: acciones que involucran atención, aprendizaje y memoria, lenguaje, emociones, conciencia, pensamiento y razonamiento.

Autonomía: Capacidad que tiene una persona para ejecutar y actuar acciones según su propio criterio.

Capacidad sensorial: Desarrollo de habilidades para procesar información principalmente aspectos de visión, audición o de percepción táctil.

Edadismo: Actitudes negativas y discriminación que se genera hacia el anciano.

Envejecimiento activo: Conjunto de características que determina a un anciano como persona socialmente activa, con control de enfermedades y sin presencia de deterioro cognitivo.

Geroprofilaxis: Conjunto de medidas preventivas para disminuir la vulnerabilidad de discapacidad y aumentar las medidas para un envejecimiento activo o exitoso.

Independencia: Capacidad de actuar y tomar decisiones por sí mismo.

Intimidad: Aspecto interior o profundo de una persona, comprende sentimientos, vida familiar o relaciones de amistad.

Intergeneracionalidad: Relación que se establece entre individuos de diferentes generaciones.

Participación social: Intervención que tiene una persona en la toma de decisiones, con relación a recursos, programas y actividades que impactan en el desarrollo de la comunidad.

Temor a la muerte: Miedo que se presenta a morir o extender a temas relacionados con la muerte.

Resumen

La población mundial mayor de 60 años aumentará a 2000 millones en 2050, la carga de enfermedad crónica aumenta con la edad, y aunque la esperanza de vida en promedio ha aumentado, los años perdidos por discapacidad también lo que conlleva a una calidad de vida deficiente, por lo que es necesario conocer las características biopsicosociales de esta población, investigaciones recientes sugieren que existen características propias del anciano que están correlacionadas con la calidad de vida tales como los comportamientos generativos, autoeficacia y los síntomas depresivos. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue evaluar y determinar la correlación de los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos del estado de Hidalgo. Con un diseño no experimental, transversal, correlacional, a través de un muestreo no probabilístico, participaron 268 ancianos mexicanos adscritos a diferentes centros de atención para personas mayores del estado de Hidalgo. Después de contar con el consentimiento de los participantes se continuó con una batería de instrumentos validados para población mexicana (Escala de comportamientos generativos, Instrumento de expectativas de autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos, Escala de depresión geriátrica breve de Yesavage y cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD), se encontró una correlación estadísticamente significativa bilateral entre comportamiento generativo con calidad de vida y autoeficacia con calidad de vida. Lo anterior es de suma importancia, ya que es un antecedente que permite entender los factores predictores de calidad de vida de los ancianos, sin embargo, futuras investigaciones deberán realizar intervenciones para evaluar su efecto directo con la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: *evaluación, comportamientos generativos, autoeficacia, depresión y calidad de vida.*

Abstract

The world population over 60 years of age will increase to 2 billion in 2050, the burden of chronic disease increases with age, and although life expectancy on average has increased, the years lost due to disability also lead to a poor quality of life. Therefore, it is necessary to know the biopsychosocial characteristics of this population. Recent research suggests that there are characteristics of the elderly that are correlated with the quality of life such as generative behaviors, self-efficacy, and depressive symptoms. Therefore, the objective of this research was to evaluate and determine the correlation of generative behaviors, self-efficacy, depressive symptoms, and quality of life in the elderly in the state of Hidalgo. With a non-experimental, cross-sectional, correlational design, through a non-probabilistic sampling, 268 Mexican elders assigned to different care centers for the elderly in the state of Hidalgo participated. After obtaining the consent of the participants, a battery of validated instruments for the Mexican population was continued (Scale of generative behaviors, Instrument of expectations of self-efficacy to carry out daily activities in the elderly, Yesavage's scale of brief geriatric depression and questionnaire of quality of WHOQOL-OLD life), a statistically significant bilateral correlation was found between generative behavior with quality of life and self-efficacy with quality of life. The foregoing is of utmost importance, since it is an antecedent that allows us to understand the predictors of quality of life in the elderly, however, future research should carry out interventions to evaluate its direct effect on quality of life.

KEYWORDS: *assessment, generative behaviors, self-efficacy, depression, and quality of life.*

Introducción

Desde el punto de vista biológico el envejecimiento se considera como el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de la vida, lo que lleva a un declive gradual de las capacidades físicas, mentales y sociales y un incremento del riesgo de enfermedad (1). A su vez, la esperanza de vida en promedio ha aumentado, así como los años perdidos derivados a la discapacidad y/o enfermedades, lo que conlleva a una calidad de vida deficiente, sumado a esto, la sociedad relaciona la vejez con edadismos que menoscaban a la población mayor, considerándolos como personas dependientes, pasivas, depresivas, aisladas y llenas de enfermedades. En Hidalgo se prevé que la población continúe aumentando en las décadas futuras, para el año 2050, se pronostica que represente 16.6% del total de la población (2).

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (3), por lo tanto, es de gran importancia identificar los factores que contribuyen a la mejora de la calidad de vida, salud y bienestar de las personas mayores, pero mejorar la percepción calidad de vida depende de diferentes variables que rodean a las personas mayores, como puede ser la generatividad, que se entiende por interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones (4), la autoeficacia que es la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar acciones necesarias (5,6) y por último, sentimientos depresivos que se catalogan parte del envejecimiento tales como tristeza, pérdida de interés o placer y sentimientos de culpa.

Para ello es importante abordar tópicos del envejecimiento positivo y activo, de modo que el objetivo general de este estudio fue evaluar y determinar la correlación de los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos. Para alcanzar el objetivo de la presente tesis, el escrito está dividido en tres apartados, en el primer apartado se encuentran los antecedentes teóricos que dan soporte a la investigación. De manera que en el capítulo 1 se sitúa un panorama sobre el envejecimiento, tipos de envejecimiento y características psicosociales las personas mayores, continuando con en el capítulo 2 se desarrolla el tema de comportamientos generativos, autoeficacia y

síntomas depresivos en los ancianos y se concluye con el capítulo 3 donde se aborda el tema de calidad de vida.

En el segundo apartado se desarrolla la metodología que se llevó a cabo para el desarrollo de la presente investigación. Concluyendo, en la última sección se localizan los resultados, discusión, referencias bibliográficas y anexos.

Capítulo 1

Envejecimiento y vejez

En la actualidad se observa un rápido y desenfrenado crecimiento de la población mayor, sin embargo, es considerado uno de los principales problemas sociales, ya que la sociedad no está preparada para afrontar este cambio sociodemográfico, en este capítulo se destaca la trascendencia de abordar el tema de envejecimiento en el ser humano, así como el constructo de vejez.

Definición de envejecimiento

El envejecimiento desde la concepción biológica se considera como un proceso universal, gradual, continuo, adaptativo e innegable de complejas implicaciones, caracterizado por una disminución de la respuesta homeostática debida a los cambios inherentes a la edad (modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas) atribuido por la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, y al desgaste acumulado a lo largo de la vida del individuo, en un ambiente determinado que con el tiempo ocurre en todo ser vivo (1,7,8).

Durante el envejecimiento las acumulaciones de daños reducen progresivamente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de padecer enfermedades y disminuye en general la capacidad del individuo, lo que conlleva a la muerte; cabe señalar que estas variaciones no son lineales ni homogéneas y dependen del estilo de vida del individuo así como su contexto cultural (1). Se expresa que el fenotipo es el resultado final de la interacción entre el genotipo y factores externos: $\text{fenotipo} = [\text{genotipo}] + [\text{dieta, estilo de vida y medio ambiente}]$ (9).

Dentro las implicaciones que se encuentran en el proceso de envejecimiento son la edad, los patrones sociales, culturales y ambientales, los cuales aquejan el desarrollo de la población envejecida. La vejez es la última etapa de la vida en donde se establece disfrutar de los beneficios alcanzados en el ámbito laboral, económico, familiar y social. (1,8).

Dentro del envejecimiento se encuentran cambios físicos tales como postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de la memoria que afecta a los tres tipos de memoria (corto, mediano y largo plazo), sueño alterado, etc. Lo que se relaciona con la alteración de las actividades cotidianas (1,8).

Sin embargo, el proceso de envejecimiento no necesariamente comprende cambios perjudiciales que afecten la vitalidad de las personas, ya que dentro de los cambios sociales dependerán directamente del papel o rol que desempeñan en la sociedad, así como de factores y principalmente de cada persona (10).

Principales características del proceso de envejecimiento (11):

- **Universal:** es universal dentro de los individuos de una especie, afecta a la mayoría de los seres vivos, excepto a las células cancerosas, germinales; y algunos protozoos, algas unicelulares y bacterias.
- **Continuo e irreversible:** desde que se nace se está en proceso continuo de envejecimiento hasta concluir con la muerte, se considera irreversible, aunque investigaciones recientes de restricción calórica han logrado disminuir la velocidad de envejecimiento en animales de experimentación.
- **Intrínseco:** el envejecimiento está determinado parcialmente por factores genéticos.
- **Heterogéneo:** es heterogéneo no solo entre los diferentes individuos de una misma especie, sino también dentro de los diferentes sistemas y aparatos de un mismo individuo, y dentro de las diversas células que componen los distintos aparatos y sistemas.

Definición de vejez

La vejez se define como una etapa de la vida o un constructo social, individual y colectivo, en donde se determina las formas de percibir, apreciar y actuar dependiente del espacio socio histórico, resultado de las etapas que le anteceden al individuo, así como la biología, el contexto social, la visión y la actitud ante la vida, modulada por determinantes económicos y sociales; en la actualidad en los países de desarrollo tal es el caso de México en el cual se reconoce como inicio de la vejez a partir de los 60 años, mientras que en los países desarrollados se inicia desde los 65 años (7).

Teorías de envejecimiento

Para comprender los mecanismos de envejecimiento, es necesario explorar cuáles son las teorías prevalecientes sobre el proceso de envejecimiento. Por lo tanto, se abordará las teorías prevalentes del envejecimiento centrándose en los principales aspectos químicos, biológicos, psicológicos y patológicos del proceso. En 2010, Goldstein y Cassidy dividieron en dos categorías: en la primer categoría señala a las estocásticas, en la que se identifica que los cambios en el envejecimiento acontecen de manera aleatoria y son acumulativos al paso del tiempo (12).

- **Teoría del error catastrófico:** existe la hipótesis que la acumulación de errores en la síntesis de proteínas causa un daño en la función celular lo que conlleva al envejecimiento (12). Con la edad se empiezan a cometer errores en el proceso de síntesis de proteínas y se empiezan a producir proteínas anormales (13). En el transcurso de la vida surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales, durante la senescencia aparecen formas anómalas de algunas proteínas, éstas no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas sino que se trata de modificaciones post-sintéticas (14).
- **Teoría del entrecruzamiento:** se propone un entrecruzamiento entre proteínas y macromoléculas celulares responsables del envejecimiento, el entrecruzamiento químico que ocurre en proteínas, lípidos y ácido desoxirribonucleico, como resultado a la exposición a factores del ambiente y de la dieta, lo que conlleva cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina, generando un aumento de enlaces cruzados ocasionando que los tejidos se vuelvan menos plegables y se encojan (12).
- **Teoría del desgaste:** se envejecen ya que los sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés a lo largo de la vida y erosionan las actividades bioquímicas normales que acontecen células, tejidos y órgano, el desgaste natural molecular, afecta directamente a las mitocondrias o centrales eléctricas que aportan la energía para todas las actividades celulares, la

acumulación de daño en las partes vitales lleva a la muerte de células, tejidos, órganos y finalmente del organismo (9).

- **Teoría de los radicales libres:** es una reacción química compleja que se produce cuando ciertas moléculas sensibles de las células se encuentran con el oxígeno y se separan para formar elementos sumamente reactivos. A los que se les domina radicales libres, los cuales son inestables e intentan unirse con cualquier otra molécula, la cual podría quedar desactivada u obligada a actuar defectuosamente. La teoría señala que los radicales libres están involucrados tanto en la formación de los pigmentos de la edad, como en la formación de entrecruzamientos en ciertas moléculas y dañan el ácido desoxirribonucleico y originan el envejecimiento (15).

La segunda categoría representa las teorías no estocásticas, son aquellas que suponen que el envejecimiento está predeterminado, considerando que la edad está genéticamente determinada y que los individuos tienen un reloj interno que programa su longevidad.

- **Teoría del envejecimiento programado:** la teoría manifiesta que existe un programa genético finalista que determina el inicio del envejecimiento (9).
- **Teoría genética:** propone que el envejecimiento se debe a la existencia de un determinado genotipo que determina la aparición de cambios fenotípicos asociados a la edad, y determina que la velocidad del envejecimiento está genéticamente programada (16).
- **Teoría mixta:** un daño exógeno puntual o repetido puede, en conjunción con el tiempo, modificar la expresión de genes relacionados con los procesos de envejecimiento, cada organismo tiene una cierta predisposición genética para envejecer, que vendría modulada por la acción de agentes exógenos o del propio metabolismo (16).

Tipos de envejecimiento

El envejecimiento debe ser percibido desde tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo; la disminución corresponde con el deterioro en la función orgánica, disminución de la percepción sensorial y de la velocidad de reacción ante los estímulos; el cambio corresponde a la transformación morfológica progresiva del anciano, aparecen las canas, las arrugas, y cambia la distribución de la grasa corporal, etc.; el desarrollo y madurez se ve

reflejada en la tolerancia, mayor aceptación del otro y mayor experiencia, lo cual les permite ver la vida de una manera diferente, aprecian la relatividad y comprenden que el presente tiene un pasado y un futuro (17).

Más allá de las pérdidas biológicas el envejecimiento conlleva otros cambios importantes, tales como el cambio de roles y posición social, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas, lo que conlleva a que el anciano se concentre en un conjunto menor pero más importante de metas, anhelos y actividades que optimizan sus capacidades a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías, lo cual ocasiona una compensación de la pérdida de habilidades (1).

Tipos de envejecimiento:

- **Envejecimiento habitual:** se orienta por la norma típica, como puede ser el envejecimiento sin enfermedades crónicas o personas que presentan más de una enfermedad crónica, perciben su estado de salud regular, tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia, su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio (18,19).
- **Envejecimiento patológico:** son ancianos que padecen enfermedades crónicas degenerativas descontroladas, tienen mala autoevaluación del estado de salud, dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y deterioro cognitivo (18).
- **Envejecimiento exitoso:** ancianos que mantienen la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, no presentan enfermedades crónicas degenerativas, con un alto nivel de actividad física y mental, sin presentar dificultades en las ABVD, independientes, autoevaluación de buen estado físico, sin deterioro cognitivo y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (17,18).
- **Envejecimiento activo:** ancianos con alguna enfermedad crónica degenerativa controlada, presentan mínima dificultad en alguna actividad instrumental de la vida diaria (AIVD), consideran su estado de salud bueno, no tienen deterioro cognitivo y su factor de riesgo es bajo, desarrollan un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participan en sociedad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida envejecen (1,18). Dicho término hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo

a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga (17).

Epidemiología

Mundial

En el 2018 la Organización mundial de la salud (OMS) declaró que en el mundo hay más de 125 millones de personas con 80 años o más. Según datos del informe "Perspectivas de la población mundial 2019", en 2050, 1 de cada 6 personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de 1 de cada 11 personas (9%). En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050, de los cuales el 80% vivirá en países de ingresos bajos y medianos (1,20). Sumado a esto hoy en día la población tiene una esperanza de vida en promedio de 75.2 años, 78 años para mujeres y 73 años para los hombres (21), y aunque la esperanza de vida en promedio ha aumentado, los años perdidos por discapacidad también lo que conlleva a una calidad de vida deficiente.

Nacional

Con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas (22). De acuerdo con la proyección poblacional nacional se estima que, en tan sólo 50 años, se pasará de 4.8 a 36.2 millones de personas mayores, e incrementarán su participación de 4.8% a 27.8%. En 2050 uno de cada cuatro mexicanos será parte de la población envejecida (23). Por lo que es una necesidad generar análisis de este sector poblacional.

Estatal

El estado de Hidalgo se considera una entidad con mayor proporción de personas mayores y en etapa de transición dentro del proceso de envejecimiento, para el año del 2014 existían 308,674 personas mayores de 60 años, lo que representa 10.9% de la población total, se prevé que la población continúe aumentando en las décadas futuras, para el 2030 se prevé que represente 10.4 % del total y en 2050, 16.6 % (2,22,24), es preciso conocer las características actuales de este grupo poblacional para poder contribuir a la mejora de su calidad de vida.

Envejecimiento demográfico en México

Uno de los fenómenos relacionados con la transición demográfica es el rápido incremento de la población en edades avanzadas. El descenso de la mortalidad y de la fecundidad tiende a transformar la estructura poblacional, lo cual se refleja en el creciente peso absoluto y relativo de las personas mayores. Este proceso de envejecimiento demográfico se ha producido en la mayoría de las naciones del mundo y México no es la excepción (22).

En México las personas mayores de 60 años o más que viven solas están expuestas a vulnerabilidad ya que no cuentan con una red familiar que les brinde apoyo, donde su salud y/o sus condiciones económicas pueden ser precarias, en base en la ENADID en 2018, se reportó que el número de personas de 60 años o más que reside en México son representadas por 12.3% de la población total, de los cuales el 47.9% vive en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hija(o)s solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros), el 39.8% residen en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% conforman hogares unipersonales; es decir viven solos (22).

La situación conyugal que predomina en los ancianos que viven solos es la viudez, con un 42.6% los hombres y un 65.3% las mujeres; el 58.6 % del total de la población anciana que vive sola son económicamente inactivos, mientras que el 41.4% es económicamente activa, si se aborda el tema de analfabetismo en México se encuentra que el 18.9% de los ancianos que viven solos no saben leer ni escribir (22).

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH, 2018), los gastos destinados por las personas de 60 años o más que viven solas para alimentarse son, en promedio \$5209 pesos trimestrales (22).

Los resultados de diferentes investigaciones sugieren que el gradual envejecimiento de la población en México demanda mejores conocimientos dentro del envejecimiento, la población de 50-64 años que no es considerada vieja presenta un envejecimiento patológico en 3.5% de los casos. Ante lo irreversible y continuo de las condiciones adversas, resultan alarmantes las cargas de las enfermedades crónico degenerativas y la incapacidad para las familias y las instituciones, dichos resultados también confirman que en las edades avanzadas es posible mantener un envejecimiento no patológico, lo cual ofrece pistas para identificar esos factores que, en el caso de México, sean susceptibles de promoverse mediante planes de prevención y políticas públicas (18).

La población mayor en México se caracteriza por tener en gran mayoría mujeres, de acuerdo con el Censo de Población del 2010, los índices de feminidad van desde 112 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de 60 a 74 años, hasta 135 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de 85 años y más. La sobrevivencia de las mujeres se acompaña de características no favorables, se encontraron mayores porcentajes de analfabetismo (28.7% vs 19.9% de los hombres), una cantidad mayor de enfermedades, mayor discapacidad y menos derechos de seguridad social (1,23).

Estudios realizados en diversos países del mundo han demostrado que en la vejez los problemas de salud son diferentes por sexo, los hombres padecen en mayor grado enfermedades agudas que requieren hospitalización, mientras que las mujeres sufren en mayor porcentaje enfermedades crónicas que provocan discapacidad, las cuales poseen una peor percepción de su estado de salud (23).

Dentro de los grupos vulnerables de ancianos en México se han detectado a las mujeres, personas mayores con menor o nula educación, ancianos con menos recursos económicos y los que no tienen familia. Es importante identificarlos porque las personas en condiciones de vulnerabilidad tienen menor acceso a los servicios de salud en su conjunto; lo que conlleva a una mayor probabilidad de enfermar y morir respecto de aquellas personas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Además, la mayor parte de los problemas de salud se atribuyen a las condiciones socioeconómicas de las personas; y las políticas de salud deben incorporar a sus intervenciones los determinantes sociales de la salud con la finalidad de reducir los problemas sanitarios y la desigualdad en salud (10,23).

Características psicosociales de las personas mayores

La evidencia científica refiere que los cambios que sufren las personas mayores dependen de su personalidad, las condiciones del ambiente, el modo y estilo de vida y en menor grado de la edad, cabe señalar que síntomas atribuidos a la vejez son consecuencia de un estilo de vida inactivo, pasivo, desanimado, solitario y no necesariamente el resultado de la edad, tales cambios pueden ser revertidos, si el anciano asume una vida socialmente activa, dinámica e impulsada por motivos que le den sentido a su existencia, con la realización de actividades interesantes y atractivas que le ayuden a mantener su participación (25,26).

Más allá de las pérdidas biológicas, la etapa de vejez contempla otros cambios psicosociales importantes tales como la modificación de roles y posiciones sociales, la

pérdida de relaciones estrechas, la práctica y el uso de nuevas tecnologías y una manera diferente de realizar las tareas que puede compensar la pérdida de algunas habilidades, sin embargo, la falta de convivencia intergeneracional, la apertura sexual, la libertad de creencias, la crisis y madurez filial, la pérdida de seres queridos o el síndrome del nido vacío generan síntomas depresivos tales como depresión, soledad, aislamiento y sufrimiento, entre otros (27).

Evaluación en las personas mayores

La evaluación tiene como objetivo obtener información relevante sobre una persona en particular, en una situación determinada, con la finalidad de derivar un tratamiento o recurso dirigido a ayudar a esas personas en esa circunstancia particular (28).

En conclusión, el tema de envejecimiento es muy extenso, sin embargo la mayoría de los autores concuerdan que el tipo de envejecimiento depende de los estilos de vida que lleve el individuo, así como el nivel de independencia, condiciones ambientales, relaciones sociales, metas y anhelos, de modo que, el declive normal de las capacidades físicas, mentales y sociales no son sinónimo de un envejecimiento patológico, es necesario modificar la percepción de estereotipos negativos hacia la vejez y generar mayor metodología sobre el envejecimiento activo, saludable y exitoso; y no solo basarse en las pérdidas tanto físicas como sociales lo cual es fundamental para la realización de intervenciones en esta población vulnerable.

Capítulo 2

Comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos

Durante el proceso de envejecimiento en las personas se tiene un declive de las capacidades funcionales, por lo tanto el nivel de dependencia, la percepción de la propia capacidad y el edadismo (discriminación y perjuicios hacia la vejez) son elementos que predisponen el desarrollo de síntomas depresivos, sin embargo como se observó en el capítulo pasado las características del envejecimiento están determinadas por el desarrollo en el entorno en el que se vive y se participa, un mejor nivel de autoeficacia e independencia incrementan el desarrollo social, por ende mejora la percepción de la calidad de vida y el bienestar, por ello el objetivo de este capítulo es abordar los comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos en ancianos.

Definición de comportamientos generativos

La generatividad es el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones, es decir dejar un legado. En la actualidad la participación de las personas mayores en la sociedad ha aumentado, se consideran personas propulsoras de diversas acciones sociales, su énfasis está en la capacidad de transmitir principalmente valores, creencias y cultura o un legado material, tal como libros, música y diferentes obras de arte, resultado de la convivencia entre diferentes generaciones (4,29).

La generatividad se manifiesta a partir de actividades como la crianza de los hijos, el cuidado a personas dependientes, la formación de los jóvenes, la producción de bienes y servicios, el compromiso social así, como la participación cívica y política, que implica contribuir al bien común de los entornos en los que las personas participan (la familia, la empresa, la comunidad, etc.), para reforzar y enriquecer las instituciones sociales, asegurar la continuidad entre generaciones o plantear mejoras sociales (30).

La generatividad implica un componente entre el desarrollo personal, el crecimiento y la madurez, en la vejez aparte de auxiliar a la mejora y sostenimiento de los contextos en los que se participa, también es una actividad que da sentido y propósito a la vida de las personas mayores (4).

Recientes investigaciones han demostrado que la generatividad es un fenómeno frecuente y con sentido en la vejez, ya sea como actitud o predisposición (interés generativo) o como actividades concretas (comportamiento generativo) y se ha demostrado que el interés generativo está relacionado con el grado de satisfacción con la vida (4).

Teoría del desarrollo psicosocial de Erickson

La noción de generatividad aparece por primera vez en la teoría de Erikson, en la cual se señala que es imposible vivir sin que haya conflictos internos psíquicos. Según Erikson, el Yo se constituye y se transforma debido a una convergencia entre lo biológico y lo intrapsíquico con aspectos históricos y culturales. Erickson creía que la generatividad propiamente era vivida y practicada durante la edad adulta (30- 65 años), sin embargo, en los años 80's se reconoció que la generatividad tiene gran importancia también durante la vejez y se denominó "gran generatividad" (29,31).

Se entiende que en el desarrollo humano (infancia-senectud) existe una búsqueda de la identidad personal, a través de ocho etapas. La resolución positiva de cada etapa es de gran

importancia para poder acceder a las etapas siguientes. El conflicto propicia el paso de una etapa a otra superior. Si esa "crisis" no se resuelve de forma satisfactoria, continúa demandando energía y causando dificultades. Por tanto, toda personalidad sana debe resolver la crisis de forma adecuada. La naturaleza de cada crisis es diferente y se caracteriza por una bipolarización positiva-negativa (19).

De acuerdo con Erikson, en la etapa de la adultez existe un gran problema en el cual se ve involucrada la generatividad frente al estancamiento. El estancamiento y el sentido de ensimismamiento, ocurre cuando los ancianos no perciben el valor de ayudar a la siguiente generación y tienen sentimientos recurrentes de llevar una vida insatisfactoria, lo que conlleva a alcanzar pocos logros o tener una baja autoestima, se ha observado que la generatividad opera dentro de tres dominios (19):

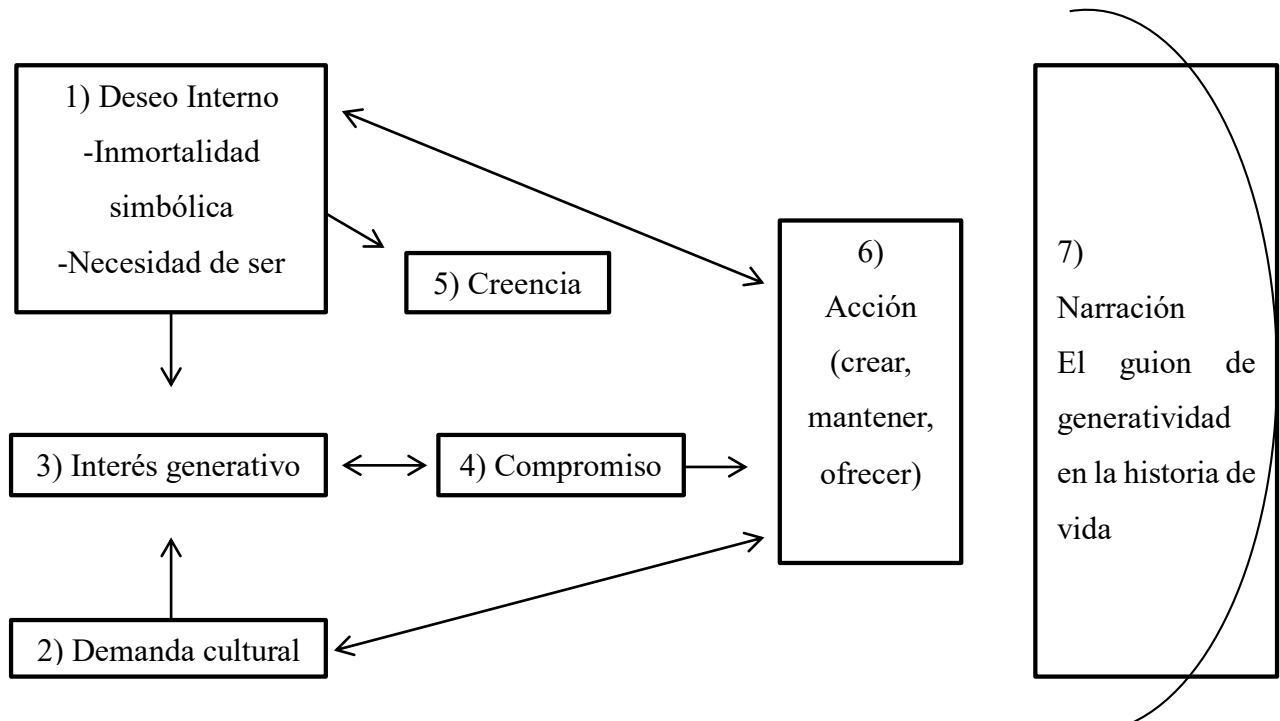
- **Procreativo:** radica en dar y en responder a las necesidades de la siguiente generación.
- **Productivo:** consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación.
- **Creativo:** reside en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala.

Modelo multifacético de McAdams

De acuerdo a este modelo, la generatividad es vista como un constructo multifacético así como se muestra en la figura 1, que existe de diferentes formas, conecta diferentes actividades y resultados y se manifiesta en características tanto individuales como sociales, en la que se distinguen siete elementos o facetas que describen el constructo de la generatividad (29,31):

- 1) **Demanda cultural:** la sociedad espera de los ancianos se hagan responsables de las próximas generaciones en su rol de padres, maestros, mentores, líderes, organizadores, ritualizadores creativos y sostenedores de significados culturales valiosos. Esta demanda asociada a la edad convierte a aquellos que no asumen roles generativos en el momento oportuno en adultos "inmaduros".
- 2) **Deseo interno:** es el impulso interior que posee dos motivaciones complementarias: a) el anhelo de una inmortalidad simbólica y cierta trascendencia, y b) la necesidad de sentirse necesitado por otros y creación de profundos vínculos afectivos.

- 3) Deseo interno y la demanda cultural se combinan para promover en el adulto un interés o preocupación consciente por la próxima generación.
- 4) Esta preocupación podría fortalecerse si se acompaña de una creencia en la bondad, valor y progreso del ser humano. Creer en la especie humana es tener esperanza en la mejora de la humanidad en las generaciones futuras, incluso frente a la evidencia de realidades que amenazan dicho futuro.
- 5) Compromiso generativo: el anciano acoge responsabilidades hacia la siguiente generación, tomando decisiones y estableciendo metas para la conducta generativa.
- 6) Acción generativa: compromiso que incluye tres categorías generales de conductas: creación y producción, de cuidado y mantenimiento de lo considerado valioso para la siguiente generación y de ofrecimiento desinteresado de lo creado o conservado.
- 7) Narración: la generatividad aparecería como un tema central en las historias que los adultos construyen para dotar de significado a sus vidas.



Fuente: elaboración propia basada en McAdams, Hart & Maruna, 1998

Figura 1. Modelo de autoeficacia (31).

Modelo de estatus de generatividad de Bradley

En este modelo se proponen cinco estilos prototípicos de generatividad sobre la base de dos criterios que expresan la relación del Yo con los demás: implicación vital e inclusividad (31,32).

La implicación se ve reflejada por el grado de preocupación y responsabilidad por el propio crecimiento y el de los demás, además de la habilidad para llevarlo a cabo a través de compromisos específicos. La implicación es principalmente un indicador conductual de generatividad, de modo que una baja implicación supone una escasa o ausente acción generativa (31).

La inclusividad son las distinciones sobre la calidad de la acción generativa en función de su alcance, expresado como amplitud de personas o proyectos que serán incluidos o excluidos del cuidado (31).

Las combinaciones de criterios producen perfiles de generatividad (generativo, logrador, comunal o vincutivo, convencional y estancado), la dimensión de la implicación y la impulsividad dependerá del tipo de perfil, así como se muestran en la figura 2. El perfil ideal en la vejez es el genitivo, el cual está caracterizado por una alta preocupación por él y su alrededor, desplegando además un alcance social amplio. El individuo generativo es consciente de ser un guía para otros y siente la necesidad de compartir sus conocimientos y experiencia, aún con aquellos que no coincidan con su propio sistema de creencias (31).

Tipos de perfiles generativos	Dimensiones			
	Implicación (preocupación)		Impulsividad (alcance de lo que se cuida)	
Generativo	 Alta	 Alta	 Alto	 Alto
Logrador	 Alta	 Baja	 Alto	 Bajo
Comunal	 Baja	 Alta	 Bajo	 Alto
Convencional	 Alta	 Alta	 Bajo	 Bajo
Estancado	 Baja	 Baja	 Bajo	 Bajo

Fuente: elaboración propia basada en Zacarés & Serra, 2011

Figura 2. Modelo de estatus de generatividad de Bradley (31).

Modelo teórico de Kotre

La generatividad muestra facetas humanas perversas, puesto lo que los ancianos pueden transmitir y legar comportamientos dañinos o perjudiciales para las siguientes generaciones. En este modelo distingue otra forma de resultado generativo consistente paradójicamente en no transmitir algo a otros. Son situaciones en las que algunos adultos deciden ser “amortiguadores intergeneracionales” de un claro daño que ellos mismos han experimentado, “lo que les ocurrió a ellos nunca les ocurrirá a sus hijos o a futuras generaciones” (31). La motivación principal para ser generativo no sería el miedo a la muerte, sino la mirada que pone el sujeto en el más allá, en lo que viene más adelante, las generaciones más jóvenes y en todo lo que sigue después de su muerte (29).

Comportamientos generativos en ancianos

Villar en el 2013, evaluó los comportamientos generativos y su relación con el bienestar en 165 ancianos, los resultados indicaron que el interés generativo se relaciona con la satisfacción de vida, mientras que los comportamientos generativos no lo hacen, ya que existe una decisión voluntaria para desvincularse del mundo que les rodea y como producto de los obstáculos (dificultades de salud, pérdida de relaciones sociales, etc.) inherentes al proceso de envejecimiento, además la concreción de los comportamientos se ve influida por un interés previo, circunstancias y obstáculos que pueden impedir que el interés se concrete efectivamente (4).

Por otra parte Peixoto, Zacarés y López en el 2017, analizaron y compararon la generatividad, satisfacción vital, bienestar psicológico y salud de 339 personas mayores provenientes de Brasil y España, voluntarios y no voluntarios, que mantenían condiciones normales de salud tanto física como mental, los resultados mostraron que los adultos mayores voluntarios de ambas nacionalidades son más generativos que los no-voluntarios, el grupo de edad (75 a 89 años), presentó más índices de generatividad en comparación al resto de la muestra, y se demostró que el interés generativo es el predictor más importante de satisfacción de vida, bienestar psicológico y de salud (33).

Así mismo en el 2018, se probó el efecto indirecto de las funciones de reminiscencia (función que permite recordar relatos, actos o vivencias) sobre el significado en la vida mediado por el comportamiento generativo en 880 ancianos residentes de Camerún, China (Hong Kong), la República Checa y Alemania, demostrando que las funciones de

reminiscencia motivan el comportamiento generativo y por lo tanto el comportamiento generativo afecta indirectamente el significado en la vida de los ancianos, sin importar la cultura (34).

Definición de autoeficacia

Bandura, 1977, define a la autoeficacia como “creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados”, no obstante la autoeficacia general es una competencia personal amplia y estable que modifica la conducta y ayuda al afrontamiento de situaciones potencialmente estresantes (5,35).

Se considera que la autoeficacia es la percepción de confianza en las destrezas personales y los juicios que realiza el sujeto sobre su capacidad para organizar, planificar y ejecutar acciones necesarias en el manejo y afrontamiento de situaciones esperadas (36). Dichas creencias de capacidad son un recurso cognitivo mediador entre las habilidades y la acción; moldeando la conducta, el esfuerzo y el resultado, las cuales activan pensamientos anticipados, generando una visualización de los posibles escenarios o resultados esperados para dirigir la acción o la conducta (37). Las creencias sobre la capacidad de cuidar la propia salud pueden predecir la realización del autocuidado, considerándose un elemento vital en las personas mayores para el fomento de estilos de vida saludable (38).

La autoeficacia en las personas mayores se considera de suma importancia tanto en sus capacidades físicas como en el sentimiento de poder participar autónomamente en la búsqueda de soluciones problemas de la vida diaria, así mismo se considera que la autoeficacia ayuda a mantener o aumentar la autonomía, sensación de control y satisfacción que alberga el sentirse con poder, lo que conlleva a efectos positivos sobre la salud y el bienestar personal (39).

Modelo de autoeficacia de Bandura

El constructo de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977, como eje central de la teoría social cognitiva, postula que los diversos procedimientos psicológicos tienen relación directa con la creación, o bien, con el fortalecimiento de las expectativas (35,40).

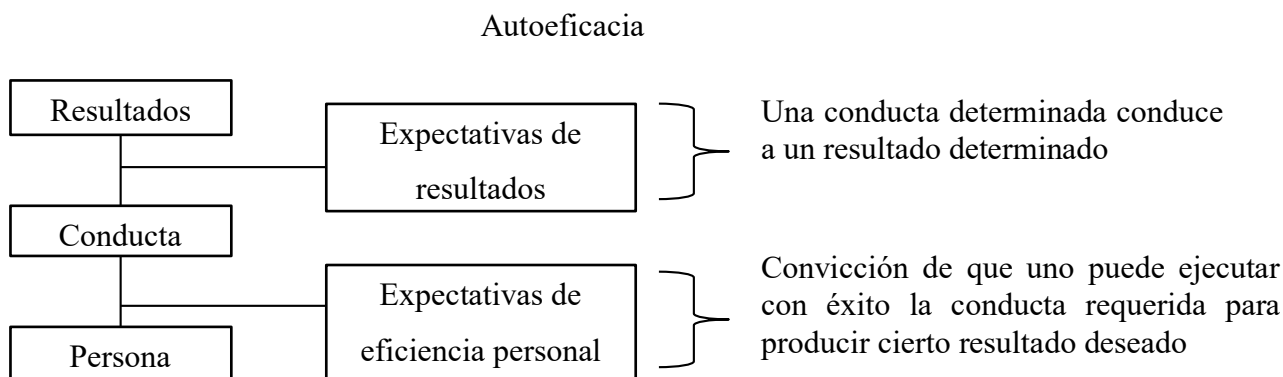
La autoeficacia percibida es uno de los factores personales que determinan los niveles de motivación, ejecución y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios, los individuos generan y desarrollan autopercepciones acerca de su propia

capacidad las cuales funcionan como mediadoras para el logro de metas y para la toma de decisiones (35,40).

La conducta y la motivación humana están condicionadas por el pensamiento y a su vez están reguladas por dos tipos específicos de expectativas:

- **Expectativas de eficacia:** se vinculan con la seguridad de poder llevar adelante un determinado comportamiento con éxito y generar así el resultado deseado.
- **Expectativas de resultado:** hacen referencia a la creencia que determinadas conductas conducirá a los resultados deseados, estas pueden aumentar o disminuir la motivación.

Bandura 1977, señala que las expectativas tienen una connotación más global, general, impersonal y referida a determinados sistemas de creencias y representaciones socialmente compartidas, en tanto a las expectativas de resultado tiene una connotación mucho más personal, donde el YO está profundamente implicado. Lo ideal es la armonía entre ambas, aunque pueden producirse contradicciones, con determinadas consecuencias, no sólo comportamentales, sino sobre todo desde el punto de vista emocional, vivencial, como puede apreciarse en la figura 3 (41).



Fuente: elaboración propia basada en Roca, 2002

Figura 3. Modelo de autoeficacia (41).

El grado de éxito en el establecimiento de relaciones interpersonales está relacionado con el concepto de autoeficacia interpersonal, entendiendo a esta última como la “creencia que presentan las personas sobre su propia capacidad para relacionarse habilidosamente con su grupo de pares” (35).

En investigaciones recientes se ha observado que las personas un nivel de autoeficacia alta tienden a desarrollar tareas desafiantes, proponerse metas y objetivos elevados, desarrollando un mayor desarrollo ya que logran ser más perseverantes, manteniendo un

mayor compromiso frente a las dificultades, considerándose un factor protector de salud (30,35,38).

Autoeficacia en el adulto mayor

De acuerdo a la revisión de literatura una de las principales variables estudiadas en el anciano es la autoeficacia ya que podría ser un factor facilitador o predictor para promover un envejecimiento activo o aumentar la satisfacción de vida, (42), se ha demostrado que existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de medias de la puntuación de una serie de aspectos de la autoeficacia en lo que respecta a la comparación por género, demostrando que las mujeres poseen creencias más favorables que los hombres sobre las capacidades para afrontar los cambios propios del envejecimiento, lo que se relaciona con una alta puntuación de autoeficacia.

En recientes investigaciones se evaluó el estado de salud, autoeficacia percibida, funcionalidad del adulto mayor, calidad de vida relacionada con la salud y fragilidad en 754 ancianos de Antofagasta y Chile, en el cual se identificó y relacionó una alta autoeficacia percibida del 68.3%, calidad de vida en la categoría "satisfacción" 55.6%, percepción de salud en la categoría de "buena a excelente" y el 68.7% y 86.3% resultaron sin depresión, en conclusión encontraron que a una mayor autoeficacia, menores síntomas depresivos y los altos niveles de autoeficacia se asocian con el bienestar, dichos resultados podría ser un factor facilitador para promover un envejecimiento activo (39).

Síntomas depresivos

La depresión es un trastorno mental que se caracterizan por la presencia de síntomas tales como: tristeza, pérdida de interés y/o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño y/o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, los cuales pueden interferir en la funcionalidad física, mental y social, en ocasiones, disminuye el interés y placer despertado por las actividades (43).

Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales (44,45).

Clasificación de la depresión:

En la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos (45):

- **Depresión mayor:** los pacientes tienen un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla (p. ej., voz baja, falta de prosodia, uso de monosílabos).
- **Trastorno depresivo persistente:** Los síntomas depresivos que persisten durante ≥ 2 años sin remisión se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que consolida trastornos anteriormente denominados trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico.
- **Otro trastorno depresivo:** Los conjuntos de síntomas con características de un trastorno depresivo que no cumplen todos los criterios para otros trastornos depresivos, pero que causan malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento se clasifican como otros trastornos depresivos (especificados o no especificados). Se incluyen los períodos recurrentes de disforia con ≥ 4 otros síntomas depresivos que duran < 2 semanas en personas que nunca han cumplido los criterios para otro trastorno del ánimo (p. ej., depresión breve recurrente) y los períodos de depresión que duran más tiempo, pero que no incluyen suficientes síntomas para el diagnóstico de otro trastorno depresivo.

Epidemiología

Mundial

Se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (46).

Nacional

En México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres, ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%) (47).

Estatal

El Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia informa que hasta la semana veintitrés del 2020 se reportaron 811 casos de depresión en Hidalgo, 170 hombres y 641 mujeres, de los cuales en la semana veintitrés se presentaron 21 casos (48).

Sintomatología depresiva en el anciano

Recientes investigaciones han reportado la asociación negativa que existe entre la depresión y la calidad de vida en ancianos, lo que indica que ha mayor nivel de CV, menor son los síntomas depresivos (49).

Así mismo, la calidad de vida mostró diferencias entre los grupos con diferentes niveles de síntomas depresivos ($F(2,72)=15.212$, $p<0.0001$), exhibiendo diferencias entre sujetos enfermos (calidad de vida = 61.19) y no enfermos (calidad de vida=66.61) ($t=2.025$, $p<0.046$) (49).

En conclusión, tal como se ha mencionado en el capítulo, la manifestación de comportamientos generativos en los ancianos es un aspecto frecuente que se ve expresado desde el cuidar de otros, ofrecer experiencias y consejos a los demás, tratar de mejorar los entornos en los que se vive y dejar un legado, dicha manifestación dependerá frecuentemente de la confianza que tengan las personas mayores para poder lograr los resultados pretendidos, sin embargo el entorno de los ancianos (jubilación, muerte de seres queridos, aislamiento social, etc.) los orilla a sentir síntomas depresivos y por ende tener un nivel deficiente de calidad de vida.

Capítulo 3

Calidad de vida

La calidad de vida está reconocida por ser uno de los indicadores de bienestar y salud en general, por lo que es una variable compleja tanto en definición como medición, actualmente las organizaciones están en busca de una mejor calidad de vida para la población y en mayor proporción en las personas mayores, ya que se considera como un grupo vulnerable, en el siguiente capítulo se aborda con mayor extensión este tema.

Definición de calidad de vida

La OMS define la calidad de vida (CV) como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (3).

Calidad de vida relacionada con la salud

La CV está relacionada con la salud y se considera como un sinónimo del estado de salud percibido por el individuo, con el objetivo principal de evaluar si una enfermedad o condición crónica y sus síntomas interfieren con la satisfacción que se tiene de la vida, al igual se considera como la capacidad que tiene el individuo en realizar las actividades de importancia relacionadas con el componente funcional, afectivo y social, la cual está influenciada por la percepción subjetiva y esta puede ser afectada por la presencia de enfermedades, así como la etapa en la que se encuentra, conocimiento del padecimiento, tratamiento al que es sometido y el pronóstico médico (3).

Dimensiones de la calidad de vida

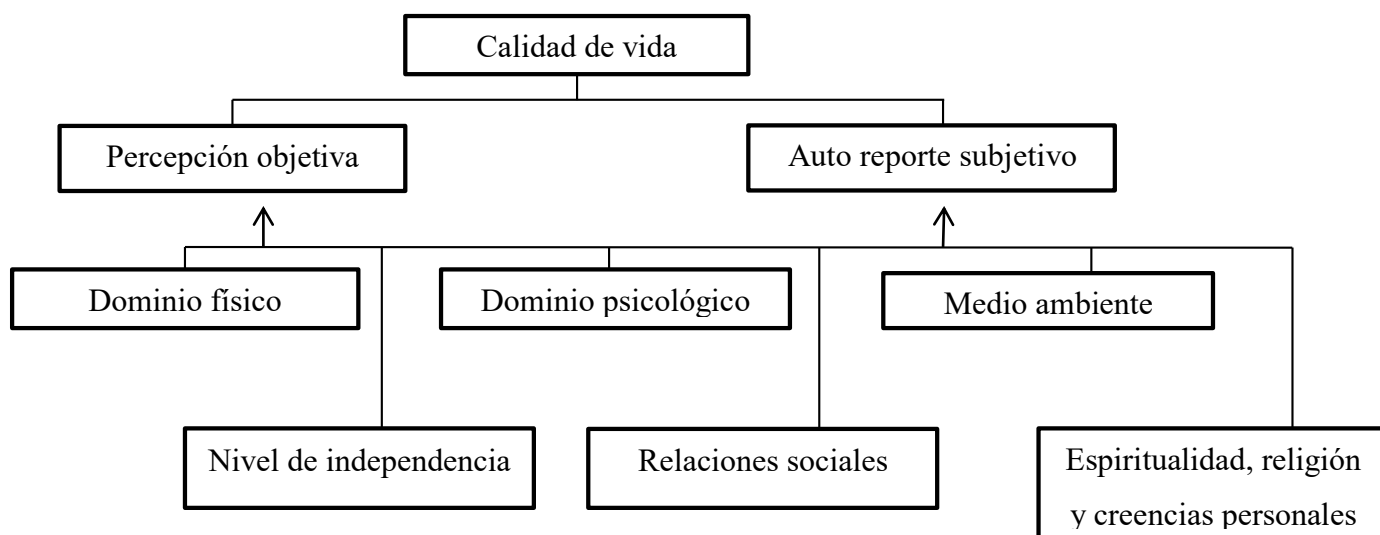
La complejidad de dimensionar la CV atribuye a la inclusión de factores físicos, psicológicos y sociales, las dimensiones que se consideran en la calidad de vida son influenciadas por creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto (50), actualmente las dimensiones se encuentran divididas en dos:

- **Dimensión subjetiva:** considera el grado de satisfacción que siente una persona de acuerdo a las relaciones familiares y sociales (3,51).
- **Dimensión objetiva:** es el grado de satisfacción que siente una persona en relación a la frecuencia de contactos sociales o la existencia de apoyos sociales ofrecidos únicamente por la comunidad (51).

Al mismo tiempo, la CV se han dividido de dos formas:

- **Positiva:** el individuo considera poseer buenas relaciones familiares y sociales, buena salud y buenas condiciones materiales (30).
- **Negativa:** el individuo considera tener nulas relaciones sociales, presencia limitaciones funcionales e infelicidad (30).

De igual forma Robles-Espinoza indican que la CV se encuentra influenciada por la percepción objetiva que tiene el individuo, así como el auto reporte subjetivo y estos a su vez estos están determinados por el dominio físico y psicológico, el medio ambiente, el nivel de independencia, relaciones sociales y las creencias personales (50), así como se muestra en la figura 4.



Fuente: elaboración propia basada en Robles-Espinoza 2016

Figura 4. Diagrama del modelo de calidad de vida OMS (50).

Modelos de calidad de vida

En la calidad de vida existen diferentes modelos teóricos, en esta investigación se abordarán los principales:

- **Modelo de Wilson y Cleary:** síntomas, factores psicológicos y biológicos, estado funcional actual, percepción de salud del propio paciente, tomando en cuenta las características del entorno: emocional, socioeconómico y psicosocial (50).
- **Modelo integrador biopsicosocial:** la CV abarca el estado de salud personal y otros aspectos tales como la familia, las finanzas, la vivienda y el trabajo, entre otros (52).
- **Modelo de Calman:** está basado en tres aspectos fundamentales: la multidimensionalidad de la existencia humana, la valoración subjetiva a partir de la perspectiva de la persona enferma, los elementos dinámicos surgidos del proceso de afrontamiento de la situación de enfermedad con sus componentes psicológicos, sociales y culturales (52).
- **Modelo sistémico de calidad de vida para la rehabilitación y el cuidado psicosocial:** Leung introduce elementos dinámicos tales como los mecanismos de

afrontamiento, los elementos dependientes del proceso de adaptación, los aspectos cognitivos entre las expectativas y la realidad, así como los aspectos afectivos (52).

- **Modelo conceptual de calidad de vida relacionada con la salud:** focaliza las dimensiones del funcionamiento y del bienestar global (52).

Calidad de vida en ancianos

En México un reciente estudio del 2019 halló los siguientes resultados de una muestra de 136 ancianos: El 48.5% (66) de las personas mayores evaluadas evidenciaron una calidad de vida regular. En relación a sus dimensiones, predomina un nivel malo en salud psicológica 26.5%, un 30.9% en salud física, en ambiente corresponden 29.4% y finalmente la dimensión relaciones sociales mostró un porcentaje de 44.9%, en conclusión los ancianos que perciben una calidad de vida mala es baja, predominando una calidad de vida regular, con respecto a las dimensiones la más afectada fue redes sociales (53).

Evaluación de comportamientos generativos, autoeficacia y depresión sobre la calidad de vida en ancianos

De acuerdo a la revisión literaria no se obtuvieron estudios previos sobre la evaluación de comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos sobre la calidad de vida en ancianos, sin embargo en México en el 2016, se evaluó el efecto del comportamiento generativo sobre la calidad de vida de 188 adultos mayores y se encontró correlacionada moderada positiva, de tal manera que cuanto más alto es el puntaje de comportamiento generativo, la percepción de calidad de vida es más alta (54).

Además se ha demostrado que el nivel de autoeficacia para realizar actividades sociales tiene un impacto positivo en la calidad de vida, ya que los adultos mayores que reportaron tener mayor autoeficacia, es decir, confían más en sus propias capacidades, tienen mejor calidad de vida; por el contrario, los que tienen un nivel de autoeficacia pobre reportan que su nivel de calidad de vida es más bajo (30).

Por otra parte, se encontró que la educación superior, los ingresos por herencia y la presencia de más hijos vivos son predictores de niveles más altos de generatividad, el alto nivel de generatividad se halló asociado con una mayor calidad de vida y las relaciones familiares son importantes para el desarrollo generativo (55).

Para finalizar, garantizar una calidad de vida en los ancianos es un reto actual que cobra gran importancia por el aumento significativo de este sector poblacional, ante ello surge la necesidad de evaluar diferentes componentes que se encuentran en la etapa de la vejez, como

lo son los comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos y así distinguir cuáles de ellos están encaminados a mejorar la calidad de vida.

Planteamiento del problema

Actualmente la esperanza de vida va en aumento, mientras que la tasa de fecundidad disminuye, debido a este fenómeno la población de ancianos está aumentando considerablemente en casi todo los países, la población mundial mayor de 60 años casi se duplicará y pasará de 900 millones a 2000 millones en 2050, en este mismo año un 80% de todas las personas ancianas vivirá en países de ingresos bajos y medianos dando origen a graves problemas de salud, económicos y sociales tal es el caso de México (56,57). En Hidalgo para el año del 2014 el monto de personas de 60 y más años era de 287 mil ancianos, lo que representa 10.1% de la población total (56).

La complejidad del proceso del envejecimiento reside en las acumulaciones de daños moleculares y celulares que reducen progresivamente las reservas fisiológicas, aumentando el riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas y disminuye en general la capacidad del individuo, lo que conlleva a una calidad de vida baja, aislamiento social, depresión y por consiguiente a la muerte; cabe señalar que estas variaciones no son lineales ni homogéneas y dependen del estilo de vida del individuo así como su contexto cultural (1).

Sin embargo, el envejecimiento no debe ser visto como una carga para el sistema de salud o un problema de financiamiento, al contrario, es una oportunidad para incrementar los conocimientos en diversos aspectos del envejecimiento desde una visión biopsicosocial, reorientando las políticas públicas y otorgando un nuevo significado a la vejez y al envejecimiento.

La calidad de vida en los ancianos es especialmente relevante porque a medida que pasan los años, las personas mayores pueden haber perdido la salud, el papel social, el funcionamiento cognitivo, el poder financiero y su familia (49). En México un reciente estudio del 2019 halló que el 48.5% de los adultos mayores evaluados evidenciaron una calidad de vida regular. En relación a sus dimensiones, predomina un nivel malo en salud psicológica 26.5%, un 30.9% en salud física, en ambiente corresponden 29.4% y finalmente la dimensión relaciones sociales mostró un porcentaje de 44.9% (49).

Ante esto surge la necesidad de realizar evaluaciones biopsicosociales, para detectar las principales variables facilitadoras o predictoras para promover un envejecimiento activo

y así mismo aumentar la calidad de vida. En México se evaluó el efecto del comportamiento generativo sobre la calidad de vida de 188 adultos mayores y se encontró evidencia estadísticamente significativa ($r=0.385$, $p\leq 0.001$) que señala una correlación moderada positiva, de tal manera que cuanto más alto es el puntaje de comportamiento generativo, la percepción de calidad de vida es más alta (54).

Años posteriores González-Celis y Mendoza evaluaron las diferencias entre los niveles de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, percepción de salud y sentimientos de soledad, sobre la calidad de vida y sus dimensiones, los resultados obtenidos en la investigación reflejan que el nivel de autoeficacia para realizar actividades sociales tiene un impacto en la calidad de vida, a mayor autoeficacia mayor calidad de vida (30). Sin embargo, cabe recalcar que no se encuentran estudios que relacionen los comportamientos generativos, autoeficacia y depresión sobre la calidad de vida en ancianos, por lo que la presente investigación tuvo el objetivo de evaluar el efecto de los comportamientos generativos, la autoeficacia y la depresión sobre la calidad de vida, para determinar la correlación e impacto en ancianos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la correlación entre los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida en los ancianos?

Justificación

A nivel mundial hay un incremento en el envejecimiento poblacional, para el año 2050 la población mundial de adultos mayores será de aproximadamente de 200 millones de ancianos, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos, a lo que surge la necesidad de conocer las condiciones con las que se está envejeciendo.

Las personas están adquiriendo enfermedades crónico degenerativas no transmisibles y la esperanza de vida está aumentando generando una calidad de vida deficiente, además la sociedad estereotipa a los ancianos como personas frágiles, incapaces y dependientes, creando en ellos pérdidas de roles, disminución de las funciones físicas, cognitivas y sociales, favoreciendo los síntomas depresivos y la dependencia, lo que representa un panorama desalentador en el ámbito social, económico y de salud para los ancianos.

Es de suma importancia realizar evaluaciones biopsicosociales que impliquen más que las revisiones médicas tradicionales, permitir conocer y comprender las necesidades y características reales de los ancianos, centrándose en la función física, comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos que impactan en la calidad de vida.

El presente estudio pretende proporcionar información sobre la evaluación y correlación de los comportamientos generativos, la autoeficacia, los síntomas depresivos y la calidad de vida en personas mayores, ya que la revisión literaria menciona que por sí solas si tienen un impacto en la calidad de vida en el anciano, pero no hay evidencia de la correlación en conjunto.

La evidencia científica que se generará servirá para desarrollar oportunidades de intervención en el anciano y brindar herramientas para mejorar la calidad de vida, fomentando la independencia, promoviendo la autonomía y la dignidad de las personas con el sentido de conservar y restaurar sus capacidades físicas y afectivas, así como las implicaciones trascendentales para poder reconocer a las personas mayores con una identidad propia, y demostrando las aportaciones que puede generar en la sociedad como los comportamientos generativos, asegurando el bienestar de las siguientes generaciones, respetando el ejercicio de sus derechos, y su participación social y cultural, resolviendo la problemática social que estereotipa a los ancianos, generando nuevos conocimientos que ayuden a comprender las necesidades de las personas mayores y así generar evidencia científica en relación a las variables predictoras de la calidad de vida.

Hipótesis

H₀

Existe una correlación bilateral entre los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida.

H₁

No existe una correlación bilateral entre los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida.

Supuesto

La calidad de vida deficiente en el anciano está relacionada al nivel bajo de comportamientos generativos y autoeficacia, así como la presencia de síntomas depresivos.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar y determinar la correlación de los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos.

Objetivos Específicos

1. Evaluar e identificar los comportamientos generativos de los ancianos.
2. Evaluar e identificar la autoeficacia percibida en acianos.
3. Evaluar e identificar los síntomas depresivos en ancianos.
4. Evaluar e identificar el nivel de calidad de vida de los ancianos.
5. Comparar y analizar los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida en los ancianos de acuerdo con el municipio de procedencia.
6. Determinar la correlación de los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida en los ancianos.

Materiales y métodos

Contexto de la investigación

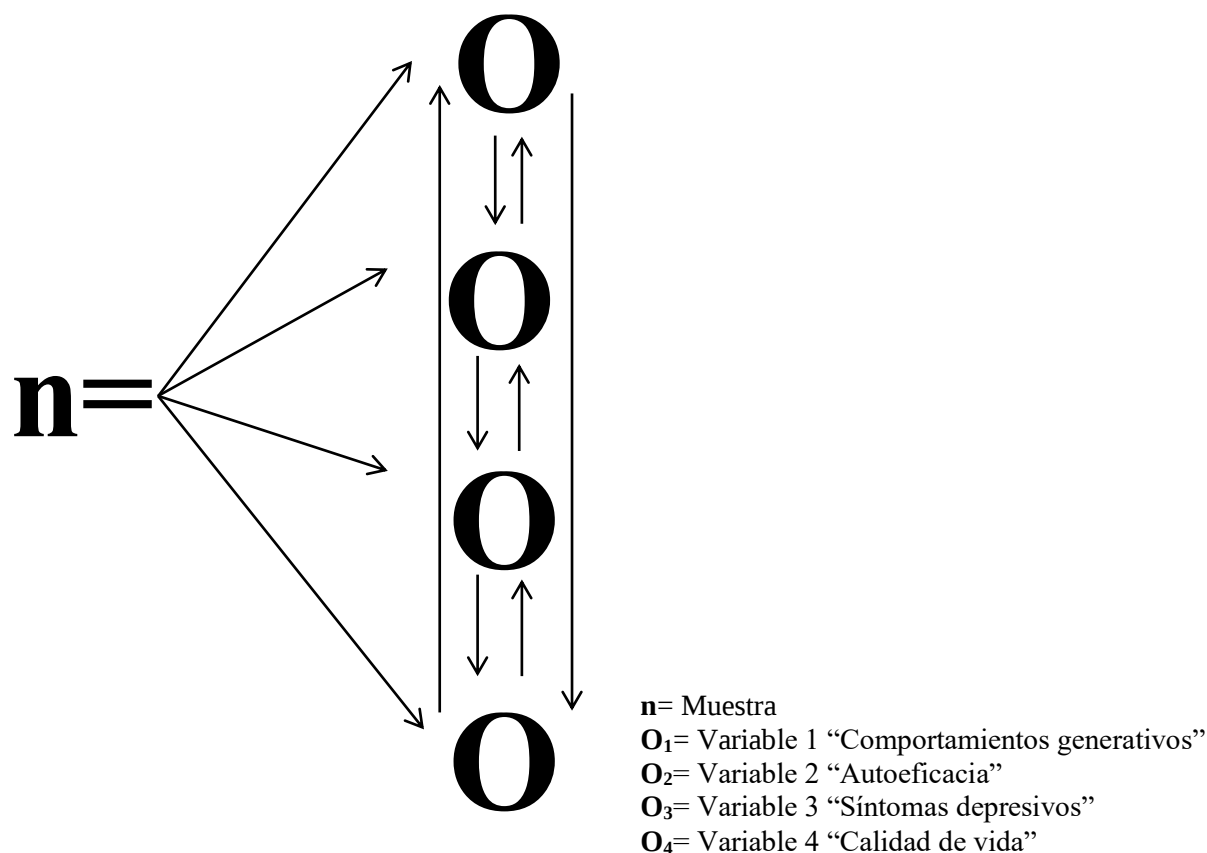
El presente estudio se llevó a cabo en diferentes instalaciones de los Centros Gerontológicos Integrales del estado de Hidalgo (Acaxochitlán y Huejutla de Reyes), en casas de día (Huasca) y en los centros de atención de personas mayores (Francisco I. Madero, Pachuca de Soto, Mineral de la Reforma y Tulancingo de Bravo) durante el periodo de agosto–diciembre del 2019, enero-febrero 2020 en personas mayores de 60 años. La evaluación constó de 4 instrumentos (ECG, AeRAC-Breve, Escala de depresión geriátrica breve de Yesavage y WHOQOL-OLD) y 1 ficha de datos sociodemográficos, los cuales se aplicaron en 1 sesión única con una duración máxima de 45 minutos.

Diseño y tipo de estudio

El diseño de dicha investigación fue descriptivo, transversal, correlacional, no experimental como se muestra en la figura 5 y de acuerdo al artículo 17, fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, dicha investigación se catalogó como una investigación con riesgo mínimo (58).

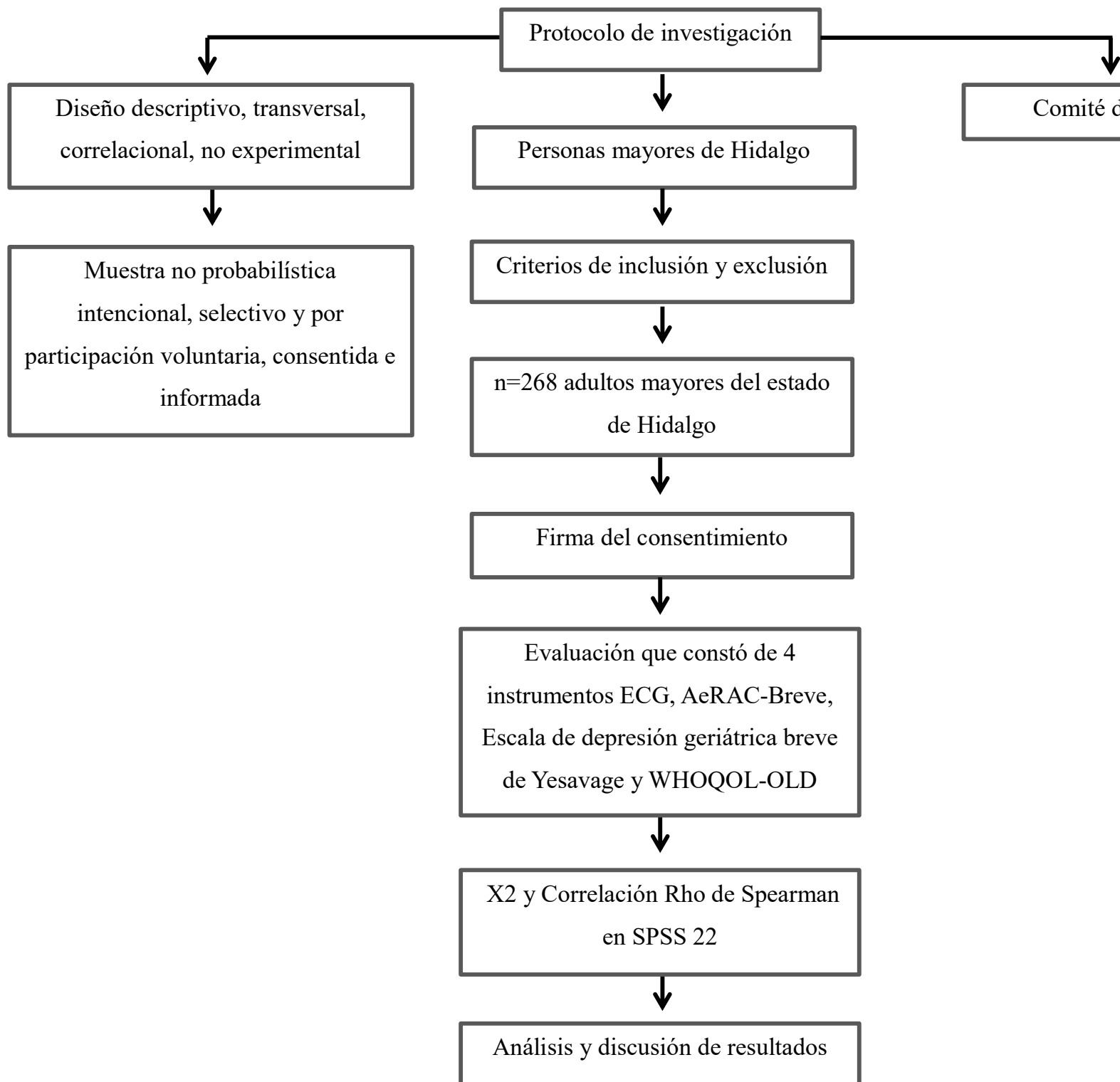
Descriptivo; con relación al propósito fue determinar los niveles de comportamientos generativos, autoeficacia, presencia de síntomas depresivos y nivel de calidad de vida en cada una de sus dimensiones.

Transversal; ya que todos los datos se recolectaron en un solo momento y correlacional ya que el objetivo fue describir las relaciones entre las variables. La figura 6 describe el proceso del estudio.



Fuente: elaboración propia

Figura 5. Diagrama de flujo del diseño de investigación



Fuente: elaboración propia

Figura 6. Diagrama de flujo del estudio

Definición de variables

En la tabla 1, se muestra la definición conceptual y operacional de las variables de estudio.

Tabla 1 Variables de la investigación

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición
Calidad de vida	Percepción del individuo sobre su posición en la vida, contexto, cultura y valores en los que se desenvuelve la relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (3).	Puntuación total del cuestionario WHOQOL-OLD (OMS, 2006), validado para población mexicana por Hernández, Guadarrama, Arzate y Márquez, 2015.	Dependiente Cuantitativa	Intervalar
Generatividad	Es el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones, es decir dejar un legado. La generatividad puede ser expresada a partir de actividades como la crianza de los hijos, el cuidado a personas dependientes, la formación de los jóvenes, la producción de bienes y servicios, el compromiso social así, como la participación cívica y política (54).	Puntuación total de la Escala de Comportamientos Generativos (ECG) (McAdams y de St. Aubin, 1992), validado para población mexicana por González-Celis y Gómez-Benito, 2013.	Independiente Cuantitativa	Intervalar
Autoeficacia	Evaluación de la propia capacidad de controlar, organizar y ejecutar efectivamente las conductas necesarias para manejar una situación (30).	Puntuación total del Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos AeRAC-Breve Gonzáles-Celis, 2013.	Independiente Cuantitativa	Intervalar
Síntomas depresivos	Presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (44).	Puntuación total de la escala de depresión geriátrica breve de Yesavage de Sheikh y Yesavage, 1986.	Independiente Cuantitativa	Intervalar

Fuente: elaboración propia

Tamaño de la muestra y muestreo

La selección de la muestra fue mediante un muestreo por conveniencia, no probabilístico, con participación voluntaria, consentida e informada, en el que participaron 268 personas mayores, 244 mujeres y 24 hombres, con un rango de edad 60 a 99 años, usuarios de diferentes centros de reunión para adultos mayores del estado de Hidalgo.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- 1) Tuvieran entre 60 y 99 años.
- 2) Sin importar el género, escolaridad, lengua madre.
- 3) Que vivieran en el estado de Hidalgo.
- 4) Contaran con consentimiento informado.
- 5) Que pertenecieran algún grupo o centro de atención para personas mayores.

Exclusión:

- 1) Ancianos con diagnóstico confirmado de deterioro cognitivo, demencia o con algún trastorno psiquiátrico o neuronal.
- 2) Ancianos que participaron en alguna intervención psicológica.

Eliminación:

- 1) Ancianos que decidieron abandonar la investigación.
- 2) Ancianos que presentaron complicaciones durante la evaluación.
- 3) Ancianos que no concluyeron por completo los instrumentos.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

1. Consentimiento informado: se trata de un documento aprobado por el comité de ética e investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cual se detalla el título de la investigación, los responsables, objetivo y procedimiento de la investigación, al firmarla el anciano aceptaba participar en el estudio de manera voluntaria, consentida, informada y anónima, comprometiéndose, además, a ser lo más honesto posible en sus respuestas.

2. Ficha de datos sociodemográficos: es un documento escrito con la finalidad de obtener datos generales de los participantes, que incluía edad, sexo, estado civil, con quién vive, está enfermo, entre otras cuestiones.

3. Escala de comportamientos generativos (ECG): adaptada y validada para población mexicana, es escala con 29 ítems con tres opciones de respuesta: nunca, una vez y dos o más veces, cada respuesta tiene un valor de 0, 1, y 2 puntos respectivamente, obteniendo una puntuación máxima de 58 y una mínima de 0, en donde a mayor puntuación indica un mayor número de comportamientos generativos. Para facilitar la comprensión de los análisis, se realizó una transformación a una escala de 0 a 100, para lo cual se siguió la siguiente fórmula: Valor nuevo calculado = $((x * 100) / 58)$.

4. Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve): Fue diseñada por González-Celis (2009), validada para población mexicana. Está constituido por 26 reactivos, con cinco opciones de respuesta y puntuaciones de 0, 25, 50, 75 y 100, dependiendo del nivel de capacidad que las personas percibían tener para realizar la actividad; agrupados en cinco tipos de actividades: de independencia, recreativas mentales, recreativas físicas, sociales y de protección a la salud. Con la puntuación para cada reactivo, se sumó y se obtuvo el promedio por tipo de actividad en una escala de 0 a 100, a mayor puntuación, mayor es la percepción de autoeficacia para realizar la actividad.

5. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage et al. (1983) (Geriatric Depression Scale, GDS): adaptado y validado para población mexicana. La escala está constituida por 15 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas con valores de 0 y 1, la suma de todas las respuestas varía de 0 a 15, a mayor puntuación obtenida, más intensa es la sintomatología de depresión del individuo. Con un punto de corte de 5 o más, que indica presencia de sintomatología de depresión leve y moderada, a partir de 10.

6. Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD: validado para población mexicana por Hernández, Guadarrama, Arzate y Márquez en el 2015. Este cuestionario está formado por 24 ítems, divididos en seis áreas: habilidades sensoriales (1, 2, 10 y 20), autonomía (3, 4, 5 y 11), actividades pasadas, presentes y futuras (12, 13, 15 y 19), participación social (14, 16, 17 y 18), temor a la muerte (6, 7, 8 y 9) e intimidad (21, 22, 23 y 24). Los reactivos cuentan con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert. Con un valor de 1 a 5 puntos para los reactivos positivos (3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24); y de 5 a 1 para los reactivos negativos (1, 2, 6, 7, 8, 9).

La puntuación mínima a obtener por factor es de 4 y la máxima de 20 puntos; y de 24 a 120 para el puntaje total de calidad de vida, donde mayor puntaje indica mejor calidad de vida. Para una mejor comprensión en la medición de calidad de vida, se realizó una

transformación a una escala de 0 a 100 puntos donde la máxima puntuación a obtener tanto para calidad de vida total como para cada dimensión correspondiera a 100, que indica mejor calidad de vida.

Para ello se llevó a cabo el siguiente procedimiento ya que la escala de calidad de vida total al tener un rango de 24 a 120 primero se restaba -24 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0 hasta $120 - 24 = 96$, posteriormente se siguió la fórmula: Valor nuevo calculado = $((x - 24) * 100) / 96$. Para los dominios que se encontraban en una escala de 4 a 20, también se transformó a una escala de 0 a 100, para lo cual se restó -4 a cada puntuación para iniciar el rango desde 0, posteriormente se siguió la fórmula:

$$\text{Valor nuevo calculado} = ((x - 4) * 100) / 16).$$

Procedimiento

Se realizó el protocolo de investigación y se llevó a revisión y aprobación ante el comité de Ética del Instituto de Ciencias y de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, una vez aprobado el protocolo se obtuvo un permiso escrito para realizar la investigación en los centros de atención para personas mayores en los municipios de Acaxochitlán, Huasca de Ocampo, Francisco I. Madero, Huejutla de Reyes, Pachuca de Soto, Mineral de la Reforma y Tulancingo de Bravo, en el estado de Hidalgo, durante el periodo de agosto–diciembre del 2019, enero-febrero 2020.

Después de obtener la autorización por parte de los diferentes centros de atención, se realizó la invitación a los ancianos para que participaran en dicha investigación, previamente dándoles a conocer el objetivo, beneficios, riesgos y duración de la evaluación. Se les dio a conocer y a firmar la carta de consentimiento informado, se llenó la ficha de datos sociodemográficos y por último se le aplicó la evaluación.

La evaluación consistió en 4 instrumentos (ECG, AeRAC-Breve, Escala de depresión geriátrica breve de Yesavage y WHOQOL-OLD) y 1 ficha de datos sociodemográficos, los cuales se aplicó en 1 sesión única con una duración máxima de 45 minutos.

- Etapa 1: Aprobación del protocolo de investigación.
- Etapa 2: Autorización de las diferentes instituciones donde se encuentran las personas mayores.
- Etapa 3: Presentación y firma del consentimiento informado.
- Etapa 4: Presentación y aplicación de instrumentos.
- Etapa 5: Elaboración y llenado de la base de datos.

- Etapa 7: Análisis y discusión de datos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés, versión 21). En un principio, se realizaron pruebas de normalidad para observar la distribución de la muestra, de acuerdo con los resultados, se realizó un análisis de frecuencias sobre los datos sociodemográficos para caracterizar la muestra, después se realizaron análisis de asociación (X^2) entre variables y finalmente para conocer la relación estadística entre las variables se elaboró correlación Rho de Spearman, teniendo una p significativa al nivel 0.05.

Aspectos éticos

Esta investigación se realizó ante la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, el estudio estuvo siempre apegado al código ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores, la declaración de Helsinki y los lineamientos de la Ley General de Salud, siempre manteniendo una participación voluntaria, los participantes podían retirarse del estudio en el momento que lo desearan, cabe señalar que en ningún momento se recibió remuneración alguna. Los responsables de la investigación se comprometen a resguardar la información de los participantes, de tal modo que, no permita su identificación ni divulgación a terceros de manera individual, debido a que los análisis se realizaron de manera grupal preservando en todo momento la confidencialidad de los datos. Además, apegados a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, solo los investigadores tuvieron acceso a los datos de la investigación, la información fue usada únicamente con fines científicos y académicos, manteniéndolos en resguardo como se estipula en dicha Ley. Los miembros del comité tutor declaran no tener conflicto de intereses (58–62)

Clasificación del riesgo

Este estudio empleó técnicas y métodos de investigación documental prospectiva, se empleó riesgo de datos a través de pruebas psicológicas si realizar modificaciones intencionales de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales, no empleó métodos invasivos de ningún tipo, ni técnicas que pusieran en riesgo la integridad física y mental de los participantes como consecuencia inmediata o tardía del estudio, por lo tanto, de acuerdo

al artículo 17, fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se cataloga como una investigación con riesgo mínimo (58).

Resultados

Se obtuvo una muestra de 268 personas mayores que aceptaron participar en la evaluación (244 mujeres y 24 hombres).

Para la evaluación participó un equipo de recursos humanos de cuatro expertos en dichos instrumentos. A continuación, se realiza una caracterización de la muestra a través del análisis descriptivo.

La distribución por sexo de los 268 ancianos estuvo conformada por, 244 (91%) mujeres y 24 (9%) hombres, con un rango de edad 60 a 99 años y una edad promedio 70.37 años ($DE = 6.7$); 110 (41%) refirieron estar casados, 106 (39.6%) viudos, 31 (11.6%) divorciados, 16 (6%) solteros, 5 (1.9%) unión libre. Se identificó que 227 (84.7%) se dedican al hogar, 20 (7.5%) son campesinos, 16 (6%) son comerciantes, 5 (1.9%) empleados.

De acuerdo con el nivel escolar, 66 (24.6%) no contaban con escolaridad, 56 (20.9%) primaria inconclusa, 57 (21.3%) primaria concluida, 3 (1.1%) secundaria inconclusa, 55 (20.5%) secundaria concluida, 21 (7.8%) nivel medio superior inconclusa, 7 (2.6%) nivel medio superior concluido, 2 (0.7%) carrera superior inconclusa, 1 (0.4%) carrera superior concluida.

Respecto al estatus familiar, 100 (37.3%) participantes vivían con su pareja, 87 (32.5%) vivían con sus hijos, 72 (26.9%) vivían solos, 4 (1.5%) vivían con sus padres, 3 (1.1%) vivían con sus hermanos y 2 (0.7%) vivían con su cuñada. De acuerdo con la economía 221 (82.5%) personas mayores reportaron que eran dependientes económicamente y 47 (17.5%) independientes económicamente.

Respecto a la evaluación de comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida se calculó la prueba de normalidad (Kolmogorov Smirnov, $p \leq .05$), detectando que la distribución de los datos de las variables antes mencionadas no es normal, por tanto, se empleó estadística no paramétrica.

Para comparar las puntuaciones del comportamiento generativo en las personas mayores se establecieron 3 grupos a partir de $\pm 1 DE$ en función de la media ($\mu = 60.88$, $DE = 22.94$); donde las personas que obtuvieron puntajes menores a 38 fueron ubicados como el

grupo con comportamiento generativo bajo (CG bajos). Las personas mayores que obtuvieron puntuaciones 39 a 61 se ubicaron en el grupo de comportamientos generativos medios (CG medios) y para el grupo de comportamientos generativos altos la puntuación fue de 62 a 100 (CG altos). Así mismo las puntuaciones de calidad de vida ($\mu= 58.37$, $DE= 10.01$), donde las personas que obtuvieron porcentajes menores a 48% se ubicaron con una calidad de vida baja (CV baja), de 49% a 58% se ubicaron en calidad de vida media (CV media) y 59% a 100% con una calidad de vida alta.

Se obtuvieron las medidas descriptivas para las variables de comportamientos generativos, autoeficacia, calidad de vida y sus dimensiones tabla 2, la media total obtenida para CG fue ($\mu = 60.88$), autoeficacia ($\mu= 73.75$) y CV ($\mu = 58.37$).

En cuanto a las dimensiones de autoeficacia se encontraron puntuaciones más bajas en la dimensión de actividades recreativas físicas, es decir las personas mayores se describen con una capacidad física baja ($\mu = 60.76$); sin embargo, se detectaron puntuaciones más altas en la dimensión de actividades de independencia ($\mu= 80.39$), lo que señala que, a pesar de autocalificarse con capacidad física baja, los ancianos cuentan con conocimientos y habilidades para realizar actividades de independencia. En relación con la calidad de vida y sus dimensiones temor a la muerte y agonía se encuentra con puntuaciones bajas ($\mu= 41.80$) lo que indican que las personas mayores tienen una mayor presencia de temor a la muerte, la dimensión más alta fueron actividades presentes, pasadas y futuras ($\mu= 78.99$).

Tabla 2 Medidas descriptivas de los comportamientos generativos, autoeficacia, calidad de vida y sus dimensiones en personas mayores.

Variable	μ	DE	Min	Max
Comportamiento generativo	60.88	22.94	2	100
Autoeficacia	73.75	20.13	20	100
Actividades de independencia	80.39	22.89	13	100
Actividades recreativas mentales	67.06	28.84	8	100
Actividades recreativas físicas	60.76	60	0	100
Actividades sociales	81	23.23	0	100
Actividades de protección a la salud	79.51	26.14	8	100
Calidad de vida total	58.37	10.01	28	80
Capacidad sensorial	52.51	13.01	30	90
Autonomía	72.55	15.49	35	100
Actividades presentes, pasadas y futuras	78.99	13.72	30	100
Participación social	78.11	15.57	35	100
Temor a la muerte y agonía	41.80	24.43	20	100
Intimidación	76.17	15.50	20	100

De acuerdo con el nivel de comportamiento generativo se demostró que las personas mayores se desarrollan y realizan una aportación a su entorno, obteniendo mayor puntaje en el nivel alto 128 (47.7%) tabla 3.

Tabla 3 Nivel de comportamiento generativo en ancianos de Hidalgo.

Nivel de comportamiento generativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	56	20.9	20.9	20.9
Medio	84	31.3	31.3	52.2
Alto	128	47.7	47.7	100.0
Total	268	100.0	100.0	

Así mismo ocurre con en el nivel de autoeficacia, obteniendo una puntuación alta 146 (54.4%) tabla 4, demostrando que las personas mayores confían en su propia capacidad para lograr realizar diferentes tareas.

Tabla 4 Nivel de autoeficacia en ancianos del estado de Hidalgo.

Nivel de autoeficacia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	49	18.3	18.3	18.3
Medio	73	27.2	27.2	45.5
Alto	146	54.4	54.4	100.0
Total	268	100.0	100.0	

Sin embargo, de acuerdo con el nivel de sintomatología depresiva los ancianos se encuentran sin presencia de esta 203 (75.7%) tabla 5.

Tabla 5 Nivel de sintomatología depresiva en personas mayores.

Nivel de presencia de síntomas depresivos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin presencia de sintomatología de depresión	203	75.7	75.7	75.7
Presencia de sintomatología de depresión leve	54	20.1	20.1	95.9
Presencia de sintomatología de depresión moderada	11	4.1	4.1	100.0
Total	268	100.0	100.0	

La tabla 6 refleja el nivel de calidad de vida de las personas mayores, de acuerdo con la frecuencia 160 personas (59.7%) tienen un nivel de CV alto, además de observar que solo 42 (15.7%) indican tener nivel de CV baja.

Tabla 6 Nivel de calidad de vida de las personas mayores del estado de Hidalgo.

Nivel de calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	42	15.7	15.7	15.7
Medio	66	24.6	24.6	40.3
Alto	160	59.7	59.7	100.0
Total	268	100.0	100.0	

Se realizó una X^2 para comparar las variables sociodemográficas (municipio, sexo, estado civil, edad, ocupación, escolaridad, estatus familiar del anciano y dependencia económica) con las variables de estudio (comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida).

Comportamientos generativos:

La tabla 7 muestra la diferencia significativa entre los CG y el municipio de procedencia del anciano, identificando que la zona conurbada interfiere en el nivel de CG, Pachuca de Soto registró CG bajos (19) y Huejutla de Reyes CG altos (44) ($X^2=70.610$ $p=0.001$).

Tabla 7 Comportamientos generativos y municipio de procedencia de las personas mayores.

Municipio	Comportamientos generativos				X^2	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
Acaxochitlán	10	23	8	41	70.610*	0.001
Huasca de Ocampo	8	8	13	29		
Francisco I. Madero	6	11	27	44		
Huejutla de Reyes	1	23	44	68		
Pachuca de Soto	19	9	12	40		
Mineral de la Reforma	10	3	11	24		
Tulancingo de Bravo	2	7	13	22		
Total	56	84	128	268		

* p significativa al nivel 0.05

En la tabla 8 se muestra el sexo de los participantes y su asociación con el nivel de CG, dónde de acuerdo con el estadístico calculado (X^2) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, las mujeres predominan en las tres categorías CG bajos (51) CG medio (76) y CG altos (117).

Tabla 8 Comportamientos generativos y sexo del anciano.

Sexo	Comportamientos generativos				X ²	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
Hombre	5	8	11	24	0.387	0.943
Mujer	51	76	117	244		
Total	56	84	128	268		

Así mismo ocurre con el estado civil tabla 9, de acuerdo con X² no existen diferencias estadísticamente significativas, los que presentan CG bajos (27) son viudos y CG altos (54) son casados (X²=15.147 p=0.233).

Tabla 9 Comportamientos generativos y estado civil del anciano.

La tabla 10 muestra el grupo de edad de los participantes y su comparación con el nivel de comportamientos, demostrando que el grupo con CG alto es el de 60-69, mientras que el grupo 70-79 manifiestan CG bajos, dónde de acuerdo con el estadístico calculado (X²)

Estado civil	Comportamientos generativos				X ²	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
Soltero	0	8	8	16	15.147	0.233
Casado	23	33	54	110		
Unión libre	1	1	3	5		
Viudo	27	31	48	106		
Divorciado	5	11	15	31		
Total	56	84	128	268		

no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 10 Comportamientos generativos y edad del anciano.

En la tabla 11 se observa la ocupación del anciano y la edad, personas mayores que se dedican al hogar tiene mayor prevalencia en los tres niveles de CG, CG bajos (48) CG

Edad	Comportamientos generativos				X ²	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
60-69 años	24	41	65	130	15.447	0.079
70-79 años	27	37	48	112		
80-89 años	5	5	14	24		
90-99 años	0	1	1	2		
Total	56	84	128	268		

medios (67) y CG altos, sin embargo, de acuerdo con X^2 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11 *Comportamientos generativos y ocupación del anciano.*

Ocupación del anciano	Comportamientos generativos				X^2	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
Ama de casa	48	67	112	227	12.794	0.384
Comerciante	1	8	7	16		
Campesino	6	6	8	20		
Empleado	1	3	1	5		
Total	56	84	128	268		

La tabla 12 muestra el grado escolar y el nivel de CG, de acuerdo con la prueba X^2 se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que demuestra que el grado escolar influye en el nivel de CG.

Tabla 12 *Comportamientos generativos y escolaridad del anciano.*

Escolaridad	Comportamientos generativos				X^2	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
Sin grado escolar	18	17	31	66	50.072*	0.001
Primaria inconclusa	10	29	17	56		
Primaria concluida	9	18	30	57		
Secundaria inconclusa	0	3	0	3		
Secundaria concluida	13	12	30	55		
Carreta técnica inconclusa	2	1	4	7		
Carrera técnica concluida	4	3	14	21		
Carrera superior inconclusa	0	0	2	2		
Carrera superior concluida	0	1	0	1		
Total	56	84	128	268		

* p significativa al nivel 0.05

La tabla 13 muestra el estatus familiar y los comportamientos generativos, de acuerdo con la prueba X^2 existen diferencias estadísticamente significativas que indican que el estatus familiar interfiere en el nivel de CG, demostrando que, si el anciano vive con su pareja, el nivel de CG es alto.

Tabla 13 *Comportamientos generativos y estatus familiar del anciano.*

Comportamientos generativos

¿Con quién vive el anciano?	Bajo	Medio	Alto	Total	X ²	p
Solo	27	14	31	72	51.340*	0.001
Pareja	15	31	54	100		
Hijos	14	36	37	87		
Cuñada	0	2	0	2		
Padre	0	0	4	4		
Hermanos	0	1	2	3		
Total	56	84	128	268		

*p significativa al nivel 0.05

Al igual que ocurre con la dependencia económica de los ancianos tabla 14, la prueba X² indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas, revelando que el estatus económico interfiere en el nivel de CG.

Tabla 14 Comportamientos generativos y estado de jubilación

Dependencia económica	Comportamientos generativos				X ²	p
	Bajo	Medio	Alto	Total		
Dependiente	18	4	25	47	20.791*	0.001
Independiente	38	80	103	221		
Total	56	84	128	268		

*p significativa al nivel 0.05

Autoeficacia:

En la tabla 15, de acuerdo con el valor de X² se observa la diferencia significativa entre la autoeficacia y el municipio de procedencia del anciano, identificando que la zona conurbada interviene en el nivel de autoeficacia percibida.

Tabla 15 Autoeficacia y municipio de procedencia de los ancianos.

Municipio	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Acaxochitlán	8	18	15	41	40.902*	0.002
Huasca de Ocampo	6	8	15	29		
Francisco I. Madero	12	13	19	44		
Huejutla de Reyes	10	15	43	68		
Pachuca de Soto	2	13	25	40		
Mineral de la Reforma	3	3	18	24		
Tulancingo de Bravo	8	3	11	22		
Total	49	73	146	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 16 muestra que el sexo no interfiere de manera significativa en el nivel de autoeficacia percibida en los participantes.

Tabla 16 Autoeficacia y sexo del anciano.

Sexo	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Hombre	8	8	8	24	6.275	0.099
Mujer	41	65	138	244		
Total	49	73	146	268		

Así mismo ocurre con los grupos de edad, en la tabla 17 se puede observar que el estadístico X² indica que la edad no influye en el nivel de autoeficacia.

Tabla 17 Autoeficacia y edad del anciano.

Edad	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
60-69 años	31	30	69	130	12.946	0.165
70-79 años	15	37	60	112		
80-89 años	2	6	16	24		
90-99 años	1	0	1	2		
Total	49	73	143	268		

La tabla 18 indica de acuerdo con la X² que el estado civil de las personas mayores interviene estadísticamente significativo con el nivel de autoeficacia, las personas mayores que están casadas probablemente dividen las tareas del hogar y algunas otras actividades lo

que origina una puntuación más baja, en relación con las personas mayores que se encuentran viudas lo que origina que ellos tengan mayor nivel de autoeficacia.

Tabla 18 Autoeficacia y estado civil del anciano.

Estado civil	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Soltero	5	3	8	16	26.289*	0.010
Casado	28	33	49	110		
Unión libre	3	0	2	5		
Viudo	10	26	70	106		
Divorciado	3	11	19	31		
Total	49	73	146	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 19 indica que existen diferencias estadísticamente significativas con relación a la ocupación del anciano y el nivel de autoeficacia.

Tabla 19 Autoeficacia y ocupación del anciano.

Ocupación	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Ama de casa	38	59	130	227	23.965*	0.021
Comerciante	3	2	11	16		
Campesino	5	11	4	20		
Empleado	3	1	1	5		
Total	49	73	143	268		

*p significativa al nivel 0.05

De acuerdo con la prueba estadística X² la escolaridad es una variable estadísticamente significativa que interviene en el nivel de autoeficacia.

Tabla 20 Autoeficacia y escolaridad del anciano.

Escolaridad	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Sin grado escolar	9	26	31	66	77.341*	0.001
Primaria inconclusa	12	12	32	56		
Primaria concluida	14	12	31	57		
Secundaria inconclusa	0	0	3	3		
Secundaria concluida	8	17	30	55		
Carreta técnica inconclusa	1	1	5	7		
Carrera técnica concluida	2	5	14	21		
Carrera superior inconclusa	2	0	0	2		
Carrera superior concluida	1	0	0	1		
Total	49	73	146	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 21 indica que existen diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con la X², el estatus familiar interviene con el nivel de autoeficacia de las personas mayores.

Tabla 21 Autoeficacia y estatus social del anciano.

¿Con quién vive el anciano?	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Solo	5	15	52	72	35.921*	0.002
Pareja	21	33	46	100		
Hijos	23	25	39	87		
Cuñada	0	0	2	2		
Padre	0	0	4	4		
Hermanos	0	0	3	3		
Total	49	73	146	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 22 muestra la dependencia económica de los ancianos, demostrando que es una variable que no interviene en el nivel de autoeficacia.

Tabla 22 Autoeficacia y estado de jubilación en el anciano.

Dependencia económica	Autoeficacia			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Dependiente	4	12	31	47	8.758	0.33
Independiente	45	61	115	221		
Total	49	73	146	268		

Síntomas depresivos:

La tabla 23 indica diferencias significativas de acuerdo con la X^2 , entre los síntomas depresivos y el municipio de procedencia del anciano, identificando que la zona conurbana es una variable interviniente de síntomas depresivos.

Tabla 23 Presencia de sintomatología depresiva y municipio de procedencia de las personas mayores.

La tabla 24 indica que la variable de sexo no interviene en la aparición de síntomas

Municipio	Presencia de sintomatología de depresión			Total	X^2	p
	Sin sintomatología	Presencia leve	Presencia moderada			
Acaxochitlán	29	11	1	41	22.224*	0.035
Huasca de Ocampo	23	6	0	29		
Francisco I. Madero	33	9	2	44		
Huejutla de Reyes	57	11	0	68		
Pachuca de Soto	28	8	4	40		
Mineral de la Reforma	14	6	4	24		
Tulancingo de Bravo	19	3	0	22		
Total	203	54	11	268		

* p significativa al nivel 0.05

depresivos en los ancianos.

Tabla 24 Presencia de sintomatología depresiva y sexo del anciano.

Sin embargo, la tabla 25 de acuerdo con el estadístico X^2 indica que los grupos de edad influyen estadísticamente significativos en la presencia de sintomatología depresiva en

Sexo	Presencia de sintomatología de depresión			Total	X^2	p
	Sin sintomatología	Presencia leve	Presencia moderada			
Hombre	21	3	0	24	2.328	0.312
Mujer	182	51	11	244		
Total	203	54	11	268		

personas mayores.

Tabla 25 Presencia de sintomatología depresiva y grupos de edad del anciano.

Presencia de sintomatología de depresión						
--	--	--	--	--	--	--

Grupos de edad	Sin sintomatología	Presencia leve	Presencia moderada	Total	X ²	p
60-69	100	27	3	130	15.149*	0.019
70-79	81	23	8	112		
80-89	22	2	0	24		
90-99	0	2	0	2		
Total	203	54	11	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 26 de acuerdo con el estadístico X² se presenta una diferencia estadísticamente significativa relacionada al estado civil de la persona mayor y la influencia de la presencia de síntomas depresivos.

Tabla 26 Presencia de sintomatología depresiva y estado civil del anciano.

La tabla 27 señala que de acuerdo con el estadístico X² la ocupación es una variable que estadísticamente no influye en la presencia de sintomatología depresiva.

Tabla 27 Presencia de sintomatología depresiva y ocupación del anciano.

Ocupación del anciano	Presencia de sintomatología de depresión			Total	X ²	p
	Sin sintomatología	Presencia leve	Presencia moderada			
Ama de casa	172	46	9	227	10.801	0.213
Comerciante	13	2	1	16		
Campesino	15	5	0	20		
Empleado	3	1	1	5		
Total	203	54	11	268		
Total	203	54	11	268		

*p significativa al nivel 0.05

De acuerdo con la escolaridad la tabla 28, muestra diferencia significativa en el grado de educación del anciano, lo que indica que es una variable que interfiere en la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores.

Tabla 28 Presencia de sintomatología depresiva y escolaridad del anciano.

Escolaridad del anciano	Presencia de sintomatología de depresión			Total	X ²	p
	Sin sintomatología	Presencia leve	Presencia moderada			
Sin grado escolar	50	15	1	66	103.762*	0.001
Primaria inconclusa	49	7	0	56		
Primaria concluida	47	9	1	57		

Secundaria inconclusa	3	0	0	3
Secundaria concluida	37	18	0	55
Carreta técnica inconclusa	3	4	0	7
Carrera técnica concluida	11	1	9	21
Carrera superior inconclusa	2	0	0	2
Carrera superior concluida	1	0	0	1
Total	203	54	11	268

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 29 muestra el estatus familiar del anciano, de acuerdo con el estadístico X^2 se identifica que es una variable que influye estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología depresiva.

Tabla 29 Presencia de sintomatología depresiva y estatus familiar del anciano.

¿Con quién vive el anciano?	Presencia de sintomatología de depresión			Total	X^2	p
	Sin sintomatología	Presencia leve	Presencia moderada			
Solo	48	16	8	72	24.193*	0.007
Pareja	87	12	1	100		
Hijos	61	24	2	87		
Cuñada	2	0	0	2		
Padre	2	2	0	4		
Hermanos	3	0	0	3		
Total	203	54	11	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 30 muestra la dependencia económica de los participantes y de acuerdo con el estadístico X^2 se identifica que interviene de manera estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología depresiva.

Tabla 30 Presencia de sintomatología depresiva y dependencia económica del anciano.

Calidad de vida:

La tabla 31 muestra las diferencias significativas entre la CV y el municipio de procedencia del anciano, identificando que la zona conurbana interviene estadísticamente significativa en la percepción de calidad de vida en los ancianos.

Presencia de sintomatología de depresión						
Dependencia económica	Sin sintomatología	Presencia leve	Presencia moderada	Total	X ²	p
Dependiente	29	11	7	47	17.948*	0.001
Independiente	174	43	4	221		
Total	203	54	11	268		

*p significativa al nivel 0.05

Tabla 31 Calidad de vida y municipio de procedencia del anciano.

Municipio	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Acaxochitlán	19	8	14	41	60.279*	0.001
Huasca de Ocampo	3	8	18	29		
Francisco I. Madero	7	8	29	44		
Huejutla de Reyes	5	25	38	68		
Pachuca de Soto	3	6	31	40		
Mineral de la Reforma	1	6	17	24		
Tulancingo de Bravo	4	5	13	22		
Total	42	66	160	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 32 muestra que el sexo no interviene estadísticamente con el nivel de calidad de vida percibida.

Tabla 32 Calidad de vida y sexo del anciano.

Sexo	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Hombre	3	6	115	24	0.300	0.960
Mujer	39	60	145	244		
Total	42	66	160	268		

La tabla 33 de acuerdo con la X², señala que el grupo de edad no influye en el nivel de calidad de vida de las personas mayores.

Tabla 33 *Calidad de vida y edad del anciano.*

Edad	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
60-69 años	24	34	72	130	4.478	0.877
70-79 años	15	25	72	112		
80-89 años	3	6	15	24		
90-99 años	0	1	1	2		
Total	42	66	160	268		

La tabla 34 muestra de acuerdo con el estadístico X² que el estado civil influye estadísticamente significativo con el nivel de calidad de vida percibida.

Tabla 34 *Calidad de vida y estado civil del anciano.*

Estado civil	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Soltero	0	6	10	16	31.582*	0.002
Casado	13	29	68	110		
Unión libre	2	1	2	5		
Viudo	23	27	53	106		
Divorciado	4	3	24	31		
Total	42	66	160	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 35 incide que la variable de ocupación influye de manera estadísticamente significativa en el nivel de calidad de vida de las personas mayores.

Tabla 35 *Calidad de vida y ocupación del anciano.*

Ocupación	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Ama de casa	33	48	146	227	32.541*	0.001
Comerciante	0	10	6	16		
Campesino	7	6	7	20		
Empleado	2	2	1	5		
Total	42	66	160	268		

*p significativa al nivel 0.05

Mismo fenómeno ocurre con el grado escolar, de acuerdo con la X² influye de manera estadísticamente significativa con el nivel percibido de calidad de vida, tabla 36.

Tabla 36 *Calidad de vida y escolaridad del anciano.*

Escolaridad	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Sin grado escolar	17	19	30	66	53.958*	0.001
Primaria inconclusa	8	14	34	56		
Primaria concluida	7	15	35	57		
Secundaria inconclusa	0	0	3	3		
Secundaria concluida	8	9	38	55		
Carreta técnica inconclusa	0	3	4	7		
Carrera técnica concluida	2	5	14	21		
Carrera superior inconclusa	0	0	2	2		
Carrera superior concluida	0	1	0	1		
Total	42	66	160	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 37 muestra que el estatus familiar interviene estadísticamente significativo con el nivel de calidad de vida de los ancianos.

Tabla 37 Calidad de vida y acompañamiento del anciano

¿Con quién vive el anciano?	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Solo	12	16	44	72	28.010*	0.022
Pareja	7	24	69	100		
Hijos	21	23	43	87		
Cuñada	2	0	0	2		
Padre	0	2	2	4		
Hermanos	0	1	2	3		
Total	42	66	160	268		

*p significativa al nivel 0.05

La tabla 38 muestra la dependencia económica de los ancianos, identificando que es una variable que intervenga de manera estadísticamente significativa con el nivel percibido de calidad de vida en las personas mayores.

Tabla 38 Calidad de vida y dependencia económica del anciano.

Dependencia económica	Calidad de vida			Total	X ²	p
	Bajo	Medio	Alto			
Dependencia económica	2	11	34	47	15.457*	0.001

Independencia económica	40	55	126	221
Total	42	66	160	268

*p significativa al nivel 0.05

Análisis correlacional

A continuación, la tabla 39 presenta los análisis correlacionales entre las variables de comportamientos generativos, síntomas depresivos, autoeficacia y calidad de vida para lo cual se utilizó Rho de Spearman, se encontró estadísticamente significativo correlacionado el comportamiento generativo con la autoeficacia (Rho= 0.215) y la calidad de vida (Rho= 0.142) con una correlación baja. Lo que indica que, a mayor nivel de CG, mayor es la autoeficacia y la calidad de vida en las personas mayores.

La presencia de síntomas depresivos se encuentra solamente correlacionados al grado escolar del anciano (Rho= 0.166) siendo una correlación baja positiva, a mayor grado escolar, mayor es la presencia de síntomas depresivos.

La autoeficacia se encuentra estadísticamente significativa correlacionada únicamente con la calidad de vida (Rho= 0.229), indicando una correlación positiva baja, a mayor autoeficacia, mayor percepción de calidad de vida.

Por último, la calidad de vida se encuentra correlacionada con la escolaridad del anciano, (Rho= 0.250) a mayor grado escolar, mayor calidad de vida.

Tabla 39 Correlación Rho de Spearman entre las variables de comportamientos generativos, síntomas depresivos, autoeficacia y calidad de vida.

Variables	Rho de Spearman
Comportamientos generativos-escolaridad	0.091
Comportamientos generativos-edad	-0.012
Comportamientos generativos-síntomas depresivos	-0.114
Comportamientos generativos-autoeficacia total	0.215**
Comportamientos generativos-calidad de vida total	0.142*
Síntomas depresivos-escolaridad	0.166**
Síntomas depresivos-edad	0.012
Síntomas depresivos-comportamientos generativos	-0.114
Síntomas depresivos-autoeficacia total	-0.088

Síntomas depresivos-calidad de vida total	-0.079
Autoeficacia total-escolaridad	0.099
Autoeficacia total-edad	0.108
Autoeficacia total-síntomas depresivos	-0.088
Autoeficacia total-calidad de vida total	0.229*
Calidad de vida total-escolaridad	0.250**
Calidad de vida total-edad	0.063
Calidad de vida total-síntomas depresivos	-0.079

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

La tabla 40 muestra los análisis correlacionales entre las variables de comportamientos generativos, síntomas depresivos, autoeficacia y las áreas de la calidad de vida para lo cual se utilizó Rho de Spearman, la capacidad sensorial está correlacionada estadísticamente significativa con los síntomas depresivos (Rho= 0.204), con los CG (Rho= -0.193) y con la autoeficacia (Rho= -0.200), las tres correlaciones son bajas, lo que indica que a mayor capacidad sensorial, mayor presencia de síntomas depresivos, sin embargo a menor capacidad sensorial, es menor el nivel de CG y autoeficiencia.

Con relación a la autonomía, está correlacionada estadísticamente significativa con la presencia de síntomas depresivos (Rho= -0.189), CG (Rho= 0.292) y autoeficacia (Rho= 0.404), las dos primeras correlaciones son bajas y la última es media, lo que indica que, a mayor autonomía, mayor nivel de CG y autoeficacia; y menor presencia de síntomas depresivos.

De acuerdo con las actividades presentes, pasadas y futuras se encontró correlacionada con la presencia de síntomas depresivos (Rho= -0.329), CG (Rho= 0.299) y autoeficacia (Rho= 0.233), las tres correlaciones son estadísticamente significativas bajas, lo que indica que, a mayor nivel de actividades presentes, pasadas y futuras, mayor nivel de CG y autoeficacia; y menor presencia de síntomas depresivos.

Con respecto a la participación social, se encontró correlacionada con la presencia de síntomas depresivos (Rho= -0.193), CG (Rho= 0.276) y autoeficacia (Rho= 0.218), las tres correlaciones son estadísticamente significativas bajas, lo que indica que, a participación social, mayor nivel de CG y autoeficacia; y menor presencia de síntomas depresivos.

Sin embargo, con el área de temor a la muerte, solo esta correlacionada con los síntomas depresivos (Rho= 0.254) y CG (-0.155), ambas correlaciones son estadísticamente

significativas bajas, las cuales indican que, a mayor grado de temor a la muerte, mayor es la presencia de síntomas depresivos y menor es el nivel de CG.

Por último, la intimidad está correlacionada con los síntomas depresivos ($Rho = -0.394$) y los CG ($Rho = 0.221$), ambas correlaciones estadísticamente significativas bajas, a menor intimidad, mayor es la presencia de síntomas depresivos, sin embargo, a mayor intimidad, es mayor el nivel de CG.

Tabla 40 *Correlación Rho de Spearman entre las variables de comportamientos generativos, síntomas depresivos, autoeficacia y las áreas de la calidad de vida*

Variables	Rho de Spearman
Capacidad sensorial-síntomas depresivos	0.204**
Capacidad sensorial-comportamientos generativos	-0.193**
Capacidad sensorial-autoeficacia total	-0.200**
Autonomía-síntomas depresivos	-0.189**
Autonomía-comportamientos generativos	0.292**
Autonomía-autoeficacia total	0.404**
Actividades presentes, pasadas y futuras-síntomas depresivos	-0.329**
Actividades presentes, pasadas y futuras-comportamientos generativos	0.299**
Actividades presentes, pasadas y futuras-autoeficacia total	0.233**
Participación social-síntomas depresivos	-0.193**
Participación social-comportamientos generativos	0.276**
Participación social-autoeficacia total	0.218**
Temor a la muerte y agonía-síntomas depresivos	0.254**
Temor a la muerte y agonía-comportamientos generativos	-0.155*
Temor a la muerte y agonía-autoeficacia total	-0.113
Intimidad-síntomas depresivos	-0.394**
Intimidad-comportamientos generativos	0.221**
Intimidad-autoeficacia total	0.078

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Discusión

El proceso de envejecimiento es un fenómeno que comprende diferentes esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales, razón por la cual el presente estudio tuvo como objetivo analizar y correlacionar los comportamientos generativos, síntomas depresivos, autoeficacia y calidad de vida en personas mayores.

En relación a la generatividad se encontró que los ancianos poseen niveles altos y medios, fundamentando que la generatividad en la actualidad es un fenómeno recurrente en los ancianos, aun siendo mínimas las investigaciones realizadas, estas corroboran los hallazgos (4,54); así mismo en diferentes investigaciones se analizó que la generatividad está estrechamente correlacionada con variables ambientales o sociodemográficas (63), tal como se demostró; el municipio de procedencia, nivel de escolaridad, presencia de una pareja y la jubilación están asociados significativamente con el desarrollo de generatividad; el modelo ecológico del desarrollo humano indica que las conductas que desarrollan los individuos están determinadas por la posición y participación que tenga en la sociedad (36); fenómeno que ocurre con las personas mayores, ya que en la actualidad participan en diferentes espacios sociales, diversas investigaciones corroboran que las relaciones sociales están asociadas en el desarrollo de comportamientos generativos (55). Algunos autores, respaldan que el nivel de escolaridad está relacionado con un nivel alto de generatividad, beneficiando el desarrollo de sentido personal y felicidad (63); considerando estos hallazgos se plantea el profundizar la relación que existe entre estas variables sociodemográficas y el desarrollo de generatividad en el anciano.

Respecto al nivel de autoeficacia en los ancianos, se encontraron resultados similares a los de generatividad, niveles altos y medios, niveles que se asemejan a otras investigaciones (42), es decir, las personas mayores a pesar de su edad confían en sus capacidades y son autosuficientes, respecto a las variables sociodemográficas que se encuentran relacionadas estadísticamente significativas son el municipio de procedencia, ser viudos, vivir solos y dedicarse al hogar, (42), indican que los ancianos que afrontan de manera positiva los cambios propios del envejecimiento, son los que desarrollan un nivel alto de autoeficacia, variable que es indispensable abordar con mayor profundidad ya que podría ser un factor facilitador para promover un envejecimiento activo.

En cuanto a la depresión, las personas mayores se encuentran sin presencia de síntomas depresivos, resultados que son similares a diferentes investigaciones (39), que

señalan que son erróneos los edadismos que se han creado hacia los ancianos, señalándolos como personas depresivas, este estudio logró identificar que la edad, el estado civil (casado), el nivel de escolaridad y el ser autosuficientes económicamente están asociados significativamente con la ausencia de síntomas depresivos.

Ahora bien, respondiendo al objetivo de estudio, se encontró que el nivel alto de comportamientos generativos y autoeficacia están correlacionadas de forma bilateral significativamente con el nivel de calidad de vida alta, indicando que las personas mayores confían en sus propias capacidades, desarrollan niveles altos de generatividad y tienen una mejor calidad de vida, tal hallazgo es semejante a diferentes investigaciones (30,64). Sin embargo otras investigaciones señalan que la ausencia de síntomas depresivos están correlacionados significativamente con un alto nivel de calidad de vida (49), sin embargo los resultados de este estudio indican que esta correlación no es significativa.

(38), encontraron que la autoeficacia y la calidad de vida, se relacionan de manera importante en las personas mayores, a medida que ellos se sienten más eficaces su calidad de vida mejora así mismo (54), corroboran que los comportamientos generativos altos están relacionados directamente con el nivel de percepción de calidad de vida alta. De acuerdo con los resultados se propone retomar el análisis de los comportamientos generativos, autoeficacia, síntomas depresivos y calidad de vida, ya que podrían ser factores facilitadores de un envejecimiento activo, así como realizar futuras intervenciones psico-gerontológicas.

Respecto a la calidad de vida y sus áreas se logró realizar un análisis profundo, en el cual se logró identificar correlaciones significativas entre comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos; la capacidad sensorial está relacionada con un mayor grado de síntomas depresivos, así como un nivel menor de desarrollo de comportamientos generativos y autoeficacia. Por otro lado, se demostró que, a mayor autonomía, menor nivel de síntomas depresivos, sin embargo, la relación que existe entre los comportamientos generativos y la autoeficacia es inversa, fenómeno que se repite con las áreas de actividades presentes, pasadas y futuras; y la participación social. Este fenómeno ha sido estudiado anteriormente por (38), quienes lograron al igual identificar que la autonomía está relacionada con los comportamientos generativos, la autoeficacia y los síntomas depresivos, a mayor satisfacción en la autonomía mayor son los comportamientos generativos y la autoeficacia y menor son los síntomas depresivos. Se logró reconocer que las personas mayores que obtuvieron un nivel alto de generatividad se encuentran involucradas en un número mayor de actividades sociales y esto se explica ya que la mayoría de los ancianos

está a cargo del cuidado de nietos o son personas viudas, datos que se demostraron que están vinculados al desarrollo de generatividad, los ancianos al estar en esta situación se ven en la necesidad de desarrollar un mayor nivel de autoeficacia, lo que se ve reflejado en su calidad de vida.

Por otra parte, las áreas de temor a la muerte e intimidad de la calidad de vida se encontraron correlacionadas con los síntomas depresivos y los comportamientos generativos, encontrándose una tendencia positiva entre el temor a la muerte y los síntomas depresivos y viceversa con los comportamientos generativos, al contrario de lo que ocurre con la intimidad. Sin embargo, Herr y Buchanan en el 2019, demostraron que la generatividad es un predictor significativo de niveles bajos de temor a la muerte, factor importante para abordar en futuras evaluaciones o intervenciones psicogerontológicas para mejorar la calidad de vida. Se propone retomar la investigación e indagar profundamente en la relación que existe entre las áreas de calidad de vida, los comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos y determinar si son predictores de un envejecimiento activo (64).

En conclusión, se puede decir que se encontraron correlaciones bilaterales significativas entre los comportamientos generativos, autoeficacia y la calidad de vida en las personas mayores; en sus diferentes dimensiones (capacidad sensorial, autonomía, actividades presentes, pasadas y futuras, participación social, temor a la muerte e intimidad), los descubrimientos anteriores son de suma importancia, ya que permite saber y entender cuáles son los factores que están correlacionados y afectan de manera directa la calidad de vida de las personas mayores, sector que actualmente es altamente vulnerable y que está incrementando en todo el mundo de manera considerable. Los resultados de esta investigación aportan un antecedente para la inclusión de los comportamientos generativos, autoeficacia y síntomas depresivos para mejorar la calidad de vida en los ancianos en futuras intervenciones psicogerontológicas y así estimular o mantener la ejecución de conductas saludables.

Se sugiere ampliar el tamaño de la muestra para poder generalizar los resultados. Realizar un estudio mixto para profundizar el efecto que producen las variables sobre la calidad de vida. Evaluar personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas para conocer la relación de las variables dependiendo al contexto social en el que se encuentra el anciano. Analizar de manera profunda e individualizada las dimensiones de la calidad de vida, ya que podrían ser facilitadoras y predictores de un envejecimiento activo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 5 de febrero. 2018 [cited 2020 Jan 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Consejo Nacional de la Población. Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050 [Internet]. México; 2016 [cited 2020 May 14]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487390/13_HID.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Programme on mental health: WHOQOL Measuring quality of life [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 26]. Available from: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
4. Villar F, López O, Celdrán M. La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *An Psicol.* 2013;29(3):897–906.
5. Olivari Medina C, Urrea Medina E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2007 Jun [cited 2019 Aug 9];13(1):9–15. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Pereyra Girardi C, Ronchieri Pardo C d V, Rivas A, Trueba DA, Mur JA, Páez Vargas N. Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 19]. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2_a04.pdf
7. Instituto Nacional de Geriátría (INGER). Envejecimiento [Internet]. Instituto Nacional de Geriátría. 2017 [cited 2020 Feb 11]. Available from: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
8. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Envejecimiento en México [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 11]. Available from: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/envejecimiento-en-mexico>
9. da Costa JP, Vitorino R, Silva GM, Vogel C, Duarte AC, Rocha-Santos T. A synopsis on aging theories, mechanisms and future prospects. *Ageing Res Rev* [Internet].

- 2016;29:90–112. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2016.06.005>
10. Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Recimundo*. 2019;3(1):58–74.
 11. Hoyl Moreno T. Teorías actuales de envejecimiento. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2016;32(2):33.
 12. Rico-Rosillo MG, Oliva-Rico D, Vega-Robledo GB. Artículos de revisión Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Rev Médica Inst Mex del Seguro Soc*. 2018;56:287–94.
 13. Pablo J, Cardona F. Si se conservan los telómeros de las estructuras de ADN, ¿Sería posible contemplar la idea de inmortalidad humana? [Internet]. 2015 [cited 2019 May 19]. Available from: https://dspace.marymount.edu.co/bitstream/handle/4444/617/Emilia_Posada.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 14. Gaviria D. Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Rev Medica Risaralda*. 2007;13(3):1–6.
 15. Fiorito G, McCrory C, Robinson O, Carmeli C, Rosales CO, Zhang Y, et al. Socioeconomic position, lifestyle habits and biomarkers of epigenetic aging: A multi-cohort analysis. *Aging (Albany NY)*. 2019 Apr 15;11(7):2045–70.
 16. López J, Rodríguez D. Mecanismos de envejecimiento celular. *Nefrologia* [Internet]. 1997;17:15–22. Available from: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-imprimir-articulo-mecanismos-envejecimiento-celular-X0211699597023785>
 17. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Vol. 25, *Gerokomos*. Spanish Publishers Associate; 2014. p. 57–62.
 18. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2007 [cited 2018 Nov 22];49:s448–58. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003
 19. Izquierdo Martínez A, Izquierdo Dopf A. Psicología del desarrollo de la edad adulta:

- teorías y contextos. *Rev Complut Educ.* 2005;16(2):601–19.
20. Naciones Unidas (UN). Perspectivas de la población mundial - División de Población - [Internet]. Naciones Unidas. 2019 [cited 2020 Jun 19]. Available from: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/POP/65plus/900>
 21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Esperanza de vida [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2017 [cited 2020 May 16]. Available from: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=p>
 22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1o de octubre) datos nacionales [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 13]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
 23. Gutiérrez Robledo LM, Kershenovich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. *Inst Nac Geriatria.* 2015;55.
 24. Banco de Indicadores - Indicadores por entidad federativa [Internet]. [cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/app/estatal/?ag=07000013>
 25. Hoffman, L., Paris, S., Hall E. *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid; 1996. 23–45 p.
 26. Rodríguez García Y, Oliva Díaz JA, Gil Hernández A, Hernández Riera R. Características biopsicosociales de los ancianos. *Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2008 [cited 2020 Feb 13];12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000100004
 27. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cambios psicosociales del envejecimiento [Internet]. [cited 2020 Nov 26]. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento?idiom=es>
 28. Echeburúa E, Muñoz M. La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. © *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2011 [cited 2020 Nov 25];11(1):141–59. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33715423009.pdf>
 29. Universidad Internacional de Valencia. ¿Qué sabes sobre la generatividad en la vejez? [Internet]. Universidad Internacional de Valencia. 2018 [cited 2020 Jun 19]. Available

from: <https://www.universidadvui.com/sabes-la-generatividad-la-vejez/>

30. González-Celis Rangel AL, Lima Ortiz L. Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias Diálogos en la Soc del Conoc* [Internet]. 2017;5(15). Available from: <http://revistas.unam.mx/index.php/entreciencias/article/view/62571>
31. Zacarés JJ, Serra E. Explorando el territorio del desarrollo adulto: La clave de la generatividad. *Cult y Educ*. 2011;23(1):75–88.
32. Fernández Brañas Sonia, Almuiña Güemes Marcia, Alonso Chil3 Oscar, Blanco Mesa Blanca. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2001 [cited 2020 Nov 26];39. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200001
33. Jatahy Peixoto C, Zacarés González JJ, López Fernández O. Generatividad y bienestar psicológico en la vejez: un estudio con mayores voluntarios españoles y brasileños. 2017 [cited 2020 Feb 14]; Available from: <http://roderic.uv.es/handle/10550/59448>
34. Hofer J, Busch H, Au A, Poláček Šolcová I, Tavel P, Tsien Wong T. Reminiscing to teach others and prepare for death is associated with meaning in life through generative behavior in elderlies from four cultures. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2018;0(0):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1548568>
35. Pereyra Girardi CI, Ronchieri Pardo, Rivas A, Trueba DA, Mur JA, Vargas Páez N. Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología self-efficacy: a review applied to diverse areas of psychology auto-eficácia: uma revisão aplicada em diversas áreas da psicologia. 2018.
36. Bravo-Andrade HR, Ruvalcaba-Romero NA, Orozco-Solís MG, González-Gaxiola YE, Hernández-Paz MT. Introducción al modelo ecológico del desarrollo humano. *Salud Ment Investig y reflexiones sobre el Ejerc Prof Vol III*. 2017;(January 2020):91–106.
37. Montes de Oca Sánchez CI, Moreta Herrera R. La función predictora de la Autoeficacia en la Motivación Escolar en estudiantes de medicina del Ecuador. *Uniandes EPISTEME Rev Digit Ciencia, Tecnol e Innovación* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 19];6:565–78. Available from: https://www.researchgate.net/publication/336217006_La_funcion_predictora_de_la

Autoeficacia_en_la_Motivacion_Escolar_en_estudiantes_de_medicina_del_Ecuador
 _The_predictive_function_of_Self-
 efficacy_in_School_Motivation_in_medical_students_of_Ecuador

38. Guerrero Alcedo JM, Parra Soteldo LR, Mendoza Oropeza JC. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Rev Cuba Salud Publica*. 2016;42(2):193–203.
39. Tapia P. C, Iturra M. V, Valdivia R. Y, Varela V. H, Jorquera C. M, Carmona G. A. Estado De Salud Y Autoeficacia En Adultos Mayores Usuarios De Atención Primaria En Salud. *Cienc y enfermería*. 2017;23(3):35–45.
40. Palacios Delgado JR, Bustos Aguayo JM. Factorial validity of environmental self-efficacy and structural association with proenvironmental actions in youths [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 13]. Available from: https://www.aidep.org/sites/default/files/2019-01/r35art5_1.pdf
41. Roca Perara MA. Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductal. *Rev Cuba Psicol*. 2002;19(3):195–200.
42. Pavón M, Arias C. La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *Rev Latinoam Cienc Psicológica* [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 16];5(2):74–80. Available from: www.psiencia.org
43. Organización Panamericana de la Salud (OPS). OPS/OMS Depresión-México [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 13]. Available from: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1246:dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=597
44. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. WHO [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 9]; Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
45. Coryell W. Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2018 [cited 2020 Feb 13]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiatricos/trastornos-del-estado-de-anim/trastornos-depresivos>
46. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
47. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del

- conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México [Internet]. Salud Pública de México. 2018 [cited 2020 Feb 13]. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>
48. Vigilancia B epidemiológico sistema nacional de. Índice 2 Vigilancia Epidemiológica Semana 5, 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general->
 49. González-Celis AL, Gómez-Benito J. Spirituality and Quality of Life and Its Effect on Depression in Older Adults in Mexico. Psychology [Internet]. 2013;4(3):178–82. Available from: <http://www.scirp.org/journal/psych%5Cnhttp://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.43027>
 50. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, Vanessa De la Rosa-Galván E, Hernán Nava-Zavala A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidado [Internet]. México; 2016 [cited 2018 Sep 12]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
 51. Aponte Daza VC. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu Órgano Difusión Científica del Dep Psicol UCBSP [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 10];13(2):152–82. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612015000200003&script=sci_arttext
 52. Dapuetto JJ. Calidad de vida. Marco conceptual,operacionalización y aplicaciones clínicas. [Internet]. Uruguay: Ediciones Universitarias; 2013. 118 p. Available from: https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/6314/1/dapuetto_pdf.pdf
 53. Francia Candacho NM. Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de salud México San Martín de Porres, Lima, 2019. Repos Inst la Univ César Vallejo [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 16];59. Available from: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/38362/Francia_CNM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 54. González-Celis Rangel AL, Mendoza Madriga VA. Comportamiento generativo y su efecto en la calidad de vida en adultos mayores. Rev electrónica Psicol Iztacala UNAM [Internet]. 2016;19(1). Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/54899/48765>

55. Østbye T, Clancy S, Stankevitz K, Malhotra R, Ogundare O, Shah V, et al. Generativity Among Elderly in a Rural Area of Maharashtra, India: Correlates and Relationship With Quality of Life Approved. *Asia-Pacific J Public Heal* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2020 Feb 14];30(3):276–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29865862>
56. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas [Internet]. 4 de febrero. 2016 [cited 2018 Nov 11]. p. 1–18. Available from: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico
57. Organización Mundial de la salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 5 de febrero 2018. 2018 [cited 2019 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
58. Unión C de D del HC de la. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. 2014.
59. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. 2010.
60. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud.
61. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Código Ético para la atención sociosanitaria a las personas mayores.
62. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki.
63. Vötter B, Schnell T. Bringing Giftedness to Bear: Generativity, Meaningfulness, and Self-Control as Resources for a Happy Life Among Gifted Adults. *Front Psychol*. 2019;10(September):1–14.
64. Herr DJ, Buchanan EM. Generativity and other buffers of death awareness in first responders. *Anxiety, Stress Coping* [Internet]. 2020;33(2):193–206. Available from: <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1695522>

Anexos

Anexo I Dictamen del comité de ética e investigación

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Health Sciences

Comité de ética e investigación

Ethics and research committee

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 14 de Julio del 2020

Oficio Comitée.i.csa 2020/9

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz
Investigadora Principal

Título del Proyecto: **Análisis de los comportamientos generativos, autoeficacia y depresión sobre la calidad de vida en ancianos.**

Código asignado por el Comité: CEI-2020-007

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión	Número de aprobación
APROBADO	2020-9

Este protocolo tiene vigencia del 14 de julio de 2020 al 15 de julio de 2021.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un **reporte de progreso de avance de su proyecto** al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Atentamente

Dr. José Sócrates López Noguera
Presidente del Comité



Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité: **5Cfa))V=X+KKpkL**

<https://sites.google.com/view/comiteel-icsa/validador-de-documentos>

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera
Pachuca-Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.
México. C.P. 42160
Teléfono: +52(771) 71 72000 ext.4300
comiteelicsa@gmail.com

www.uaeh.edu.mx

Anexo II Consentimiento informado



Consentimiento informado



_____ Hidalgo. a ____ de ____ 20____.

Nombre del Paciente: _____ **Folio:** _____

Investigador responsable: LG. Ana Karen Barrón Gómez

Director responsable: Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Título del proyecto: análisis de los comportamientos generativos, autoeficacia y depresión sobre la calidad de vida en ancianos.

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación que evaluará los comportamientos generativos, autoeficacia y depresión sobre la calidad de vida en adultos mayores.

Procedimiento: usted debe de entender que para participar en el estudio debe de disponer de mínimo 60 minutos, los instrumentos que se utilizarán serán una ficha de datos sociodemográficos, ECG, AeRAC-Breve, la escala de depresión geriátrica breve de Yesavage y WHOQOL-OLD, su participación en el estudio es totalmente voluntaria y puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Por este medio **DECLARO** y **MANIFIESTO**, en pleno uso de mis facultades mentales y derechos universales, libre y de manera espontánea, en consecuencia, **autorizó a la Gerontóloga Ana Karen Barrón Gómez**, para que realice las evaluaciones necesarias, con base a los siguientes hechos:

1. He sido informado(a) y comprendo la necesidad y fines de la investigación.
2. Acepto la realización de cualquier prueba y evaluación.
3. Se me informó sobre la evaluación, que será llevada a cabo.
4. Se me ha explicado el objetivo principal de la investigación.

Por lo anterior, comprendo las explicaciones de las que he sido sujeto, bajo un lenguaje sencillo y llano, por lo que me ha permitido realizar todas las observaciones, aclarándome las dudas que he planteado, de manera precisa. Por ello, manifiesto que ha sido de mi entera satisfacción la información y orientación recibida, comprendiendo el alcance y riesgos de la investigación.

Nombre y Firma del Paciente o Tutor

Nombre y Firma del investigador

_____ LG. Ana Karen Barrón Gómez

Anexo III Ficha de datos sociodemográficos



Ficha de identificación



Fecha: ____ de ____ del 201__
Nombre del Paciente: _____ Folio: _____

Datos Generales:

Edad: _____ años	Religión: _____
Género: _____	Municipio: _____
Fecha De Nacimiento: _____	Teléfono: _____
Lugar De Nacimiento: _____	Jubilado: Si () No ()
Estado Civil: _____	Ingreso mensual: _____
Ocupación: _____	Dependencia: _____
Escolaridad: _____	
Vive con: _____	

Enfermedades antecedentes y actuales:

Enfermedades de la infancia: _____
Enfermedades crónico-degenerativas y otras: _____
Años de diagnóstico: _____
Padecimientos actuales: _____

Observaciones durante la aplicación:

Anexo IV Escala de Comportamientos Generativos (ECG)



Escala de Comportamientos Generativos (ECG)



Folio:

Instrucciones: Lea atentamente e indique cuántas veces **en los últimos dos meses** ha realizado cada una de las siguientes actividades.

	Nunca	Una vez	Dos o más veces
1. He visitado a una persona enferma en el hospital o en su casa			
2. He realizado alguna actividad manual o artística (como alfarería, bordado, pintura, etc.)			
3. He transmitido valores a personas más jóvenes			
4. He donado dinero a una causa benéfica			
5. He tenido a mis nietos a mi cargo			
6. He dirigido a un grupo de personas para conseguir un bien común			
7. He continuado desempeñando mi profesión u oficio			
8. He contado a alguien experiencias personales que considero valiosas			
9. He atendido las necesidades de personas que me rodean			
10. Me he comprometido en asuntos políticos, sociales o religiosos			
11. He dado dinero a personas de mi familia, o a amigos			
12. He ayudado a personas allegadas con problemas			
13. He arreglado cosas de la casa (una máquina, un mueble, un aparato...)			
14. He enseñado una habilidad o conocimiento a alguien			

	Nunca	Una vez	Dos o más veces
15. He echado una mano a otras personas en su trabajo			
16. He cuidado de plantas o animales domésticos			
17. He organizado un viaje, una fiesta o un evento social			
18. He participado en reuniones de vecinos o de la comunidad			
19. He aconsejado a otras personas sobre decisiones que tenían que tomar			
20. He cuidado del bienestar de mi familia			
21. He regalado a un familiar o amigo algo que necesitaba			
22. He dado limosna a personas que lo necesitan			
23. He escrito relatos, poesías o memorias			
24. He ayudado a mis hijos en tareas cotidianas			
25. He actuado como mediador en conflictos de personas de mi entorno			
26. He aprendido alguna habilidad o conocimiento útil para mi vida cotidiana			
27. He realizado acciones que ayudan a mejorar el medio ambiente (reciclar, plantar un árbol, recoger basura de la calle, etc.)			
28. He participado en una asociación u organización como voluntario			
29. He cuidado a personas dependientes			

Evaluación: _____

Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve)

Instrucciones: Señale la respuesta que mejor describa **qué tan capaz o competente** se percibe para realizar cada una de las actividades. Piense si la actividad la llevara a cabo la semana próxima

	ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
I-1	Preparar sus alimentos					
I-2	Planchar su ropa					
I-3	Quehaceres domésticos					
I-4	Lavar su ropa					
I-5	Asear su habitación					
I-6	Ir de compras					
	ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
RM-1	Resolver juegos de pasatiempos					
RM-2	Armar rompecabezas					
RM-3	Pintar, dibujar o iluminar					
RM-4	Jugar juegos de mesa					
RM-5	Leer					
RM-6	Ver televisión					

Evaluación: _____

	<i>ACTIVIDADES RECREATIVAS FÍSICAS</i>	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
RF-1	Hacer aerobics					
RF-2	Correr o trotar					
RF-3	Hacer ejercicio					
RF-4	Bailar o cantar					
RF-5	Nadar					
	<i>ACTIVIDADES SOCIALES</i>	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
S-1	Platicar con amigos y familiares					
S-2	Platicar con vecinos					
S-3	Visitar familiares					
S-4	Visitar amigos					
S-5	Hablar por teléfono con amigos y familiares					
S-6	Convivir con gente de mi edad					
	<i>ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD</i>	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
PS-1	Realizar análisis médicos					
PS-2	Tomar medicamentos					
PS-3	Visitar al médico o ir al hospital					



Escala de depresión geriátrica Yesavage versión breve

Instrucciones: Lea atentamente y marque con una X la opción seleccionada.

	Sí	No
1. ¿Básicamente, está satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente aburrido a menudo?		
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo más?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente sin esperanza a menudo?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?		
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?		
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?		
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?		
14. ¿Se siente lleno de energía?		
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?		

Evaluación: _____

Anexo VII Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD)



Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores (WHOQoL-OLD)



Instrucciones: A continuación, se presentan preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, en relación con ciertos aspectos de su calidad de vida y temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona adulta mayor de la sociedad. Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que **piense en las dos últimas semanas** y seleccione la respuesta que considere más apropiada. Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado estos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
1	¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (audición, visión, etc.) afecta su vida diaria?					
2	¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?					
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?					
4	¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?					
5	¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?					
6	¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?					
7	¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?					
8	¿Cuánto le asusta morir?					
9	¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?					

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tanto ha sido capaz de llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
10	¿Qué tanto sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?					
11	¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?					
12	¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?					
13	¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?					
14	¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?					

Las siguientes preguntas le piden contestar sobre **qué tan bien, feliz o satisfecho/a** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Me da igual	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?					
16	¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?					
17	¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?					

18	¿Qué tan satisfecho está con las oportunidades para participar en actividades de su comunidad?					
----	--	--	--	--	--	--

		Muy descontento	Descontento	Me da igual	Contento	Muy contento
19	¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?					

		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?					

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier **relación íntima** que pueda tener.

		Ninguna	Pocas	Moderadamente	Muchas	Todas
21	¿Cuántas oportunidades tiene para amar?					
22	¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?					

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23	¿Qué tan acompañado se siente en su vida?					
24	¿Cuánto amor experimenta en su vida?					

Evaluación: _____