

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES**

María Elena Flores Villavicencio^{1*}
Guillermo Alonso Cervantes Cardona^{2*}
Guillermo Julián González Pérez^{3*}
María Guadalupe Vega López^{4*}
María Ana Valle Barbosa^{5*}

RESUMEN

La ansiedad y la depresión pueden ser consideradas como indicadores o síntomas que reflejan la calidad de vida, modificando la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida. El objetivo fue evaluar la ansiedad y depresión como indicadores relevantes de la calidad de vida. Se evaluaron a 333 adultos mayores con los cuestionarios: de Ansiedad Cognitivo-Somática y WHOQOL-BREF. Se encontró que el 83.5% de 333 adultos mayores señalaron algunas condiciones de la vivienda inadecuadas, 30.6% expresaron sentimientos negativos por su vivienda, 60.1% percibieron su calidad de vida como buena, 85.8% señalaban que las dimensiones: ambiente y relaciones sociales inadecuadas, 11.1% mostraron una ansiedad de tipo cognitiva, las mujeres tuvieron altos puntajes de depresión 70.0% rasgo y 67.7% estado, la edad fue determinante para la buena calidad de vida. Se detectaron al sexo, edad y depresión como indicadores significativos asociados a la calidad de vida.

Palabras Claves: Calidad de Vida; Depresión; Ansiedad; vivienda; adultos mayores.

ANXIETY AND DEPRESSION AS INDICATORS OF QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS.

ABSTRACT

Anxiety and depression can be considered as indicators or symptoms that reflect the quality of life, changing the perception and meaning that older adults has its position in his life. The objective was to assess the anxiety and depression as relevant indicators of the quality of life. We evaluated 333 elderly with the questionnaires: of anxiety Cognitivo-Somática and the WHOQOL-BREF. It was found than the 83.5% of 333 older adults reported some inadequate housing conditions, 30.6% expressed negative feelings for their housing, 60.1 per cent perceived their quality of life as good, 85.8% pointed out that you dimensions: environment and inadequate social relationships, 11.1% showed an anxiety of cognitive type, women had high scores on depression 70.0% feature and 67.7% State, age was decisive for the good quality of life. They were detected to the sex, age and depression as significant indicators associated with quality of life.

Keywords: Quality of life; Depression; Anxiety; housing; older adults.

¹ Doctora en Psicología de la Salud. Profesor investigador Titular "C". Universidad de Guadalajara, México.

² Doctor en Psicología de la Salud. Técnico académico. Universidad de Guadalajara, México.

³ Doctor en Ciencias. Profesor investigador Titular "C". Universidad de Guadalajara, México.

⁴ Doctora en Ciencias. Profesor investigador Titular "C". Universidad de Guadalajara, México.

⁵ Maestra en Ciencias de la Salud. Profesor Investigador Titular "A". Universidad de Guadalajara, México.

* Centro de Estudios de Salud y Desarrollo, adscrito al Departamento de Ciencias Sociales del Centro Universitario en Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara México.

Introducción

En este siglo XXI en México, se han experimentado cambios demográficos, que han provocado la necesidad de desarrollar programas y políticas de salud específicamente para la población envejecida, dirigida a disminuir las demandas en los aspectos económicos, sociales y de salud, con la finalidad de conocer y mejorar la calidad de vida en los adultos mayores elevando así su expectativa de vida (Casado, 2001).

En la actualidad la problemática de habitabilidad en la zona metropolitana de Guadalajara en los últimos 25 años, se ha visto incrementada por la crisis económica que afecta a todo el país, Núñez & Álvarez (2009) esto explica la expansión en forma desmedida y sin orden respecto a la vivienda, que la creciente e incontrolable multiplicación de los grandes desarrollos habitacionales de tipo vertical y de interés social en la zona conurbada, se han caracterizado por producir patrones peligrosos de asentamientos, repercutiendo en la sustentabilidad de la vivienda, ocasionando una privación en la calidad social, económica y ambiental, por consecuencia a la insuficiencia de servicios y equipamientos. (Ruiz, 2006).

Siguiendo con Núñez & Álvarez (2009) también considero que la construcción de los conjuntos habitacionales, de alguna manera logra satisfacer en parte las necesidades de la población, con respecto a la vivienda, cuyo objeto es de brindar protección, bienestar y comodidad, elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida funcional en la realización de las actividades cotidianas de su vida diaria.

Pero las problemáticas detectadas en las viviendas construidas en unidades habitacionales como: los espacios reducidos, el tipo de construcción vertical poco funcionales, carentes de iluminación y ventilación, han sido señaladas como primordiales para generar altos índices de accidentes como son caídas, quemaduras, intoxicaciones, además de ser generadoras de enfermedades respiratorias y padecimientos emocionales como son de ansiedad, estrés y depresión (Isla, 2003; García-Viniegras & González, 2000; Kroc, 2005).

Según Bosch (2006) El problema de la vivienda es una realidad en todo el mundo, pero su alcance y gravedad dependen, en gran medida, del grado de desarrollo económico y social de la sociedad analizada, de la riqueza existente y su distribución. Por su parte, Kroc (2005) manifiesta que los indicadores como, la edad, el aislamiento social y las condiciones de la vivienda, pueden ser considerados como síntomas que reflejan la calidad de vida, representada por la satisfacción y el bienestar del adulto mayor en su estilo de vida inmersa en una sociedad cambiante.

La calidad de vida se ha convertido en un constructo que incorpora: la salud física de la persona, los estados psicológicos, los niveles de independencia, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y las condiciones personales, en base a estos constructos han surgido una serie de conceptualizaciones de la calidad de vida desde diferentes posturas teóricas., Desde la perspectiva de salud Torres, Quezada, Rioseco, y Ducci (2008) consideraron a la calidad de vida, como el “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida” (p 2).

Así mismo desde una postura psicológica el concepto de calidad de vida propuesto por Browne (1996) lo define como; “La interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones” (p. 236)., concepto reforzado posteriormente por Lucas (2007) en el que sintetiza a la calidad de vida, como: “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p. 16).

En este mismo enfoque psicológico Delgado (1998), define a la calidad de vida como, “el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado” (p. 2)

Entre estos factores psicológicos, se encuentran la ansiedad y la depresión como reacciones emocionales y sus diferentes formas clínicas, tales como los denominados trastornos emocionales o psíquicos: el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo.

Piqueras (2008), desde este enfoque cognitivo-conductual conceptualiza a la ansiedad como respuestas cognitivas y conductuales del organismo, que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico. La dimensión de ansiedad cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, temor, inseguridad, y sensación de pérdida de control. La dimensión de ansiedad conductual tiene como objetivo mitigar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivarse en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, etc.

Las manifestaciones de ansiedad también pueden ser producto de los problemas de salud propias por la edad, por los cambios psicosociales que sufre dentro de la familia y en social, su repercusión principal es en la capacidad funcionalidad, específicamente es en el desarrollo de las actividades cotidianas y en la calidad de vida (Kroc, 2005).

La depresión en los adultos mayores, es considerada como un indicador que está asociada al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo, caracterizado por sensaciones de tristeza e inutilidad, tendencia al llanto, ánimo abatido, y apatía. Además se caracteriza por manifestaciones físicas como: dolores corporales, cefaleas, tensión muscular, falta de apetito etc., la mayoría de estas reacciones también pueden ser ocasionadas por la presencia de enfermedades agudas o crónicas, por síntomas de la soledad, propia de la edad, y el género, por las condiciones y estilos de su propia vida (Kaplan, 2000; Pérez & Arcia, 2008; Pidemunt, 2010). Generalmente sus consecuencias negativas sobre la comorbilidad, en la disminución de su interés en el desarrollo de las capacidades funcionales, en el desempeño de las actividades cotidianas, en la calidad de vida en el desenvolvimiento social y familiar (Ávila-Funes, 2007).

Desde esta postura cognitivo-conductual se ha considerado a la ansiedad y depresión como indicadores psicológicos que contribuyen en la disminución de la calidad de vida, mediante una inadecuada percepción y valoración que hace el adulto mayor de su calidad de vida, específicamente en lo relacionado con el área física, psicológica y de autoestima en la estructura funcional dentro de la familia y la sociedad (Fernández-Ballesteros, 1998; Acosta, 2007; Franco-Fernández, 2009).

El objetivo del estudio consistió en evaluar la ansiedad y la depresión como indicadores relevantes de la calidad de vida, relacionada con las condiciones de la vivienda en edificios multifamiliares de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco.

Método

Participantes

Se evaluaron a 333 adultos mayores de 60 años y más, que fueron seleccionados mediante un censo que se realizó en el 2009, a un total de 5 edificios multifamiliares de la zona metropolitana de Guadalajara Jalisco, de más de 20 años de antigüedad y con infraestructura y condiciones de viviendas inadecuadas.

Instrumentos

Para obtener la información sobre las condiciones de infraestructura interna y externa de la vivienda, se tomaron como referentes para el instrumento los indicadores establecidos en el reglamento de construcción del Ayuntamiento, en Jalisco.

Cuestionario de ansiedad cognitiva-somático diseñada por Schwartz, Davidson y Goleman (1978) versión modificada por Valderrama y cols. (1994). Es una escala que mide las reacciones mentales y corporales de un estado de ansiedad. Consta de 14 reactivos pretenden medir la intensidad en que se manifiestan ambos tipos de reacciones, se clasifican en 7 reactivos miden ansiedad cognitiva, que evalúa las alteraciones a nivel psicológico (mental, conocimiento, pensar) y los otros 7 evalúan la ansiedades somáticas, los cuales miden los estados de perturbación emocional a nivel corporal.

Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) versión modificada por González, Martín, Grau, Ramírez y Grau R, (2007), es un inventario autoevaluativo, diseñado con 42 ítems para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: 20 ítems evalúan la depresión como estado (condición emocional transitoria) cuyas respuestas toman valores de 1 a 4, y depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). Consta de 22 ítems que también adquieren valores de 1 a 4 puntos. Es una escala que resulta particularmente útil para la evaluación de adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, pues la escala estado permite identificar estados de tristeza que no se estructuran en una depresión clínica, pero que provocan graves limitaciones y afectan la calidad de vida del paciente.

Se utilizó además el instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida (WHOQOL-BREF) de la OMS (2000) que ha sido diseñado con el objeto de valorar la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales de distintos países, el WHOQOL ha sido ampliamente estudiado, y se ha demostrando su utilidad es obtener la valoración del adulto mayor referente a su calidad de vida, consta de 26 ítems distribuidos en 4 reactivos: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Social y Ambiente (WHOQOL, 2005 y Lucas, 2007).

Procedimiento

El estudio se basó en un diseño de tipo transversal. El listado de los edificios multifamiliares fue proporcionado por la Dirección General de Obras públicas Municipales y la Dirección de control de la edificación y urbanismo de fraccionamientos en la ciudad de Guadalajara en del 2009, de los cuales se seleccionaron 5 edificios multifamiliares, para identificar la estancia de algún adulto mayor, se visitó cada una de las viviendas de los edificios, se consideraron para la selección de la muestra solo a adultos mayores que estuviera en condiciones físicas y psicológicas adecuadas para poder responder a los

instrumentos, y que su estancia en la vivienda fuera definitiva y no temporal, además en tener más de 10 años viviendo en la unidad multifamiliar,

Una vez detectados los adultos mayores, se les proporciono información sobre los objetivos de la investigación, haciendo énfasis que todos los datos que brindarían sería de carácter anónimo y confidencial, además se le solicitó por escrito su consentimiento voluntario para participar en la aplicación de los instrumentos, se les comentó sobre su libertad para no contestar y abandonar la entrevista.

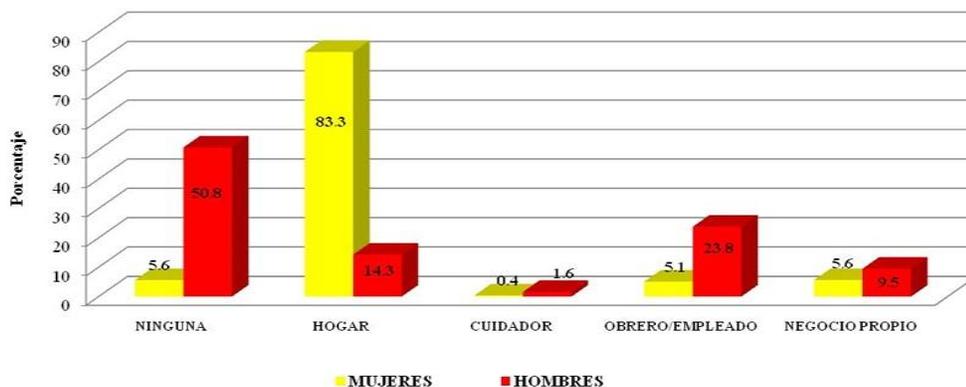
La información obtenida por el instrumento de evaluación fue procesada en una base de datos en el programa de Excel para su análisis estadístico con el programa SSPS para Windows, que incluyo el cálculo de la frecuencia, la media, la desviación estándar, y los valores máximo y mínimo para las variables estudiadas. El grado de asociación se calculó a través del coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se realizaron comparaciones de medias entre grupos con la Prueba *t* de Student para muestras independientes

Resultados

Los resultados obtenidos respecto a los datos generales en relación al género se encontró que de los 333 adultos mayores evaluados (N = 250, 81.08%) fueron mujeres y solo 12 adultos mayores (N= 83, 18.91%) fueron hombres, la edad promedio de las mujeres fue de 69.03 años de edad y de los hombres fue 70.29 años. El promedio en relación al estado civil se identificó (61.5%) mujeres y (36.7%) hombres seguían casados, a diferencia de un porcentaje elevado de viudos (42.6%) en hombres y (19.0%) en mujeres. El nivel de escolaridad se detectó (58.5%) de adultos mayores solo realizaron la primaria y (17.7%) se mantenían analfabetas.

En la Figura 1 se presentan los resultados de la variable de ocupación en relación al género, en el momento del estudio el (50.08%) de los hombres, ya no realizaban ninguna actividad laboral y las mujeres (83.3%) aun continuaban dedicadas al hogar, aunque también se encontró que (23.8%) de hombres continuaban trabajando como empleados u obreros en alguna empresa o con un negocio familiar, se presentó una relación significativa entre ocupación y género de ($p < .000$).

Figura 1.
Porcentajes de la Ocupacion en relación al género en los adultos mayores evaluados.

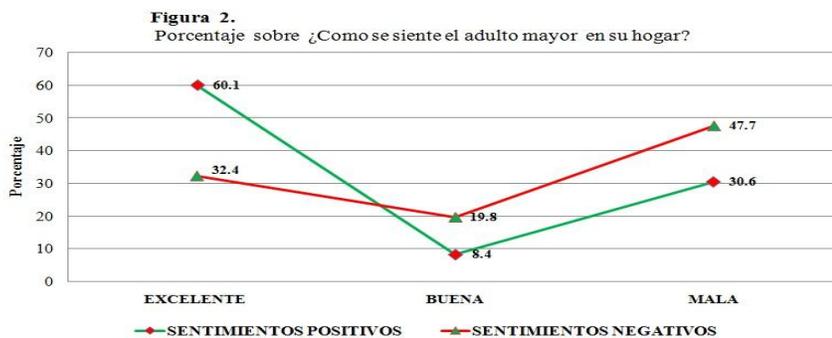


Con respecto a composición familiar del adulto mayor, se identificó que el 91.9% de los adultos mayores tenían hijos (en un promedio de 4 a 7 hijos) de los cuales el 76.0% de los adultos mayores viven con los hijos, este resultado se relaciona con la variable de la atención individual que recibe el adulto mayor por parte de su familia quienes son los están al tanto del adulto mayor (78.1%), destinándoles una habitación propia, (84.4%), aunque por si solo el adulto mayor continuaban realizando tareas caseras (Tabla 1).

Tabla 1
Frecuencias y Porcentajes de atención individual que se le proporciona al adulto mayor

Atención Individual	SI		NO	
	No.	(%)	No.	(%)
¿Ingreso Suficiente para cubrir las necesidades básicas?	80	24.0	253	76.0
¿Cuenta con habitación propia?	281	84.4	52	15.6
¿La familia está al tanto del anciano?	260	78.1	73	21.9
¿Le elaboran alimentación especial?	117	35.1	215	64.6
¿Desarrolla actividades Físicas?	185	55.6	148	44.4
¿Realiza Tareas Caseras?	276	83.1	56	16.9

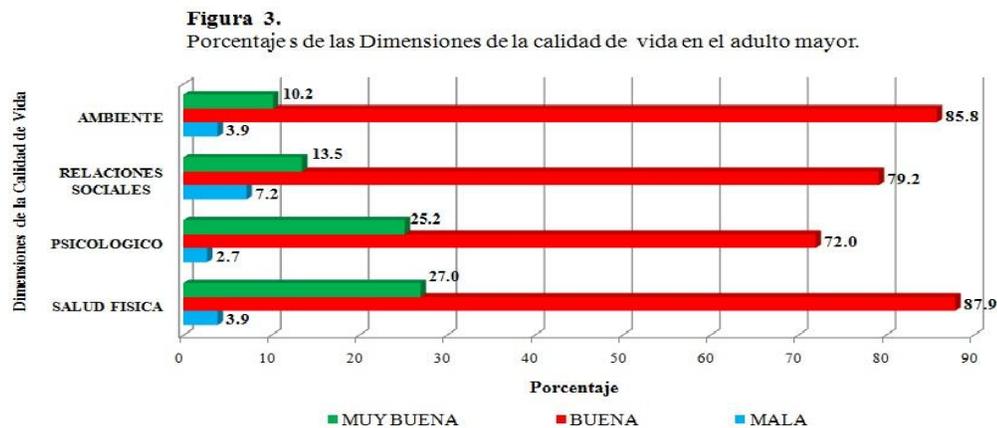
Por lo que se refiere a ¿Cómo se siente el adulto mayor en su hogar?, se obtuvieron porcentajes importante de adultos mayores que manifestaban sentimientos negativos (47.7%) con respecto a las condiciones de su vivienda, los adultos mayores expresaban sentirse solos, tristes, tensos, enojados, irritados etc., y de adultos mayores (60.1%) que a pesar de las carencias de la vivienda manifestaron tener sentimientos positivos (Figura 2).



Con la escala WHOQOL-BREF se identifico la percepción que evaluaban los adulto mayor de su calidad de vida, y se observo que el 60.1% de los adultos mayores percibían su calidad de vida como normal, y solo un 17.7% la evaluaban como regular, a diferencia del 5.7% expresaron tener muy mala calidad de vida. Siendo los adultos mayores de 80 años y mas quienes manifestaon tener muy mala calidad de vida, mientras

que en el grupo de 66 a 70 años manifestaron tener muy buena calidad de vida, esto corrobora que a más edad menos calidad de vida en los adultos mayores.

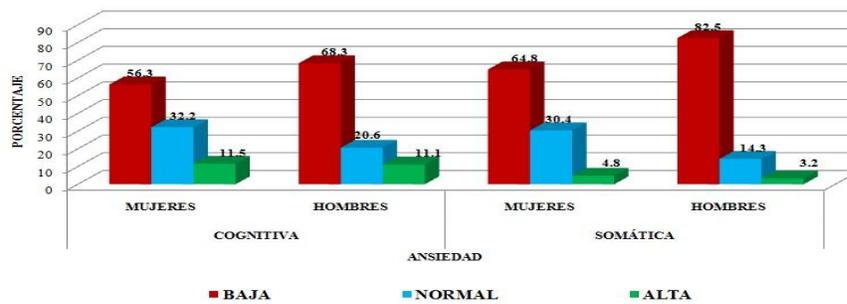
En la Figura 3 de las cuatro dimensiones que evalúan la calidad de vida: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, que en todas ellas se obtuvieron altos porcentajes, en relación a una buena percepción de la calidad de vida, solo se identificaron pocos adultos percibir tener una mala calidad de vida, en especial (7.2%) en la dimensión de relaciones sociales sin embargo, no se observaron diferencias significativas por género en tres de las dimensiones, solo se encontró poca diferencia significativa en la dimensión de ambiente ($p = 0.04$).



La asociación de las condiciones de la vivienda (ambiente) se demostró que algunas características de la vivienda, como son el tipo de acceso de escaleras (OR 1.38 – IC 0.78-243) y el piso desnivelado (OR 2.23 – IC 0.41-11-02), son las condiciones que tienen una mayor tendencia significativa ($p < 0.05$) en relación a la calidad de vida, por las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad, por la probabilidad de provocar accidentes físicos en el adulto mayor, originando que el adulto mayor se salvaguarde en su vivienda, manteniéndose inactivo en sus demás actividades cotidianas.

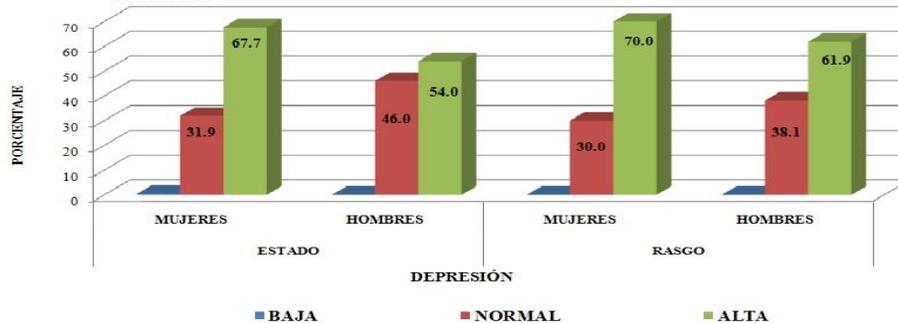
En la Figura 4 se observan bajos porcentajes de ansiedad cognitiva y somática en relación al género en los adultos mayores, tanto en hombres como en mujeres, y solo se detectaron pocos adultos mayores (Mujeres-11.5% y Hombres-11.1%) con altos niveles de ansiedad cognitiva, lo que representada mediante alteraciones mentales como: Pensamientos negativos, Insatisfacción, Agresividad, Agotamiento mental, poca tolerancia a la frustración etc.

Figura 4. Porcentajes de Ansiedad Cognitiva y Somática en relación al Género en los adultos mayores evaluados.



Con la escala de Depresión (IDERE), se evaluó la depresión estado y rasgo en relación al género en los adultos mayores, y se observó la existencia de altos porcentajes en hombres como en mujeres. Sin embargo las mujeres (67.7%) son las que manifestaron más depresión estado, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, ya que los síntomas expresados como sentimientos de tristeza y situaciones de pérdida o amenaza, solamente les provocaba malestar e incapacidad., también se detectaron más mujeres (70.0%) con depresión rasgo, lo que significa que las mujeres son las que tienen mayor propensión a sufrir estados depresivos (Figura 5).

Figura 5. Porcentaje de Depresión Estado y Rasgo en relación al Género en los adultos mayores evaluados.



En la Tabla 2 se presenta la asociación de la Ansiedad cognitiva - somática y la depresión Estado-Rasgo en relación con la percepción de la calidad de vida buena /muy buena, con este análisis se identificó que si existe la probabilidad de tener una relación con los niveles altos de ansiedad somática (OR-0.00 IC-0.00-1.19) y ansiedad general (OR-0.00 IC-0.00-2.88) con la calidad de vida en relación a los espacios reducidos y las condiciones de la vivienda.

Tabla 2

Ansiedad Cognitiva Y Somática relacionadas con la percepción de la Calidad de Vida Buena / Muy Buena

	P	OR	IC
ANSIEDAD COGNITIVA			
Baja	0.191	1.44	0.81-2.56
Normal	0.856	0.95	0.51-1.74
Alta	0.077	0.39	0.11-1.21
ANSIEDAD SOMÁTICA			
Baja	0.010	2.26	1.15-4.49
Normal	0.090	0.58	0.29-1.14
Alta	0.037	0.00	0.00-1.19
ANSIEDAD GENERAL			
Baja	0.014	3.49	1.15-11.88
Normal	0.066	0.38	0.11-1.17
Alta	0.162	0.00	0.00-2.88
Depresión Estado-Rasgo relacionadas con la percepción de la Calidad de Vida Buena / Muy Buena			
	P	OR	IC
DEPRESION ESTADO			
Leve	0.414	1.25	0.70-2.22
Alta	0.488	0.83	0.47-1.47
Severa	0.456	0.00	0.00-14.93
DEPRESIÓN RASGO			
Leve	0.316	0.74	0.40-1.38
Alta	0.284	1.37	0.74-2.54
Severa	0.929	0.90	0.63-1.52

Con respecto a los estados de depresión, se encontró una probable asociación de la depresión estado de tipo severa con la calidad de vida (OR-0.00 IC-0.00-14.93), puesto que en el momento del estudio los adultos mayores se consideraban que su estado de depresión era transitoria, ocasionada por las condiciones de su vida y de su vivienda en un momento determinado, a diferencia de los adultos mayores que presentaban depresión severa rasgo, (OR-0.90 IC-0.63-1.52) que significa que eran adultos mayores con mayor propensión a sufrir estados depresivos, aunque mostraron estar relativamente estables, en el momento del estudio, con estos resultados se pudiera inferir que la depresión es un indicador con una tendencia a deteriorar a la calidad de vida buena y muy buena.

En la Tabla 3 se señala la percepción de los adultos mayores que tiene sobre los indicadores de las variables que predicen su asociación con la calidad de vida buena y muy buena en relación a la vivienda, comprobando la existencia de una asociación de la calidad de vida con las variables de depresión rasgo y estado, con las condiciones de la vivienda, con los datos generales, con la educación, con el ingreso y el estar viviendo con la familia.

Tabla 3
Concentrado de variables que se asocian con la Calidad de Vida

Variables	Indicadores
Datos generales	Tener estudios Contar con un empleo El no tener hijos Vivir con la familia Recibir una pensión económica
Condiciones de la vivienda	Tipo de acceso a la vivienda Higiene de la vivienda La Iluminación natural de la vivienda El mantenimiento de la vivienda Sentirse satisfechos con su vivienda y con su vida.
Estados emocionales	Depresión Severa (Estado) Depresión Severa (Rasgo) Ansiedad Cognitiva Ansiedad Total

Discusión y Conclusión

La presente investigación es uno de los primeros estudios que se ha realizado en Guadalajara, sobre la relación de la ansiedad y la depresión con la Calidad de Vida en adultos mayores que habitan en unidades multifamiliares. Los resultados obtenidos de esta población de adultos mayores que habitan en unidades multifamiliares con respecto a su calidad de vida, se logró comprobar que los indicadores sociodemográficos como la edad, nivel de educación, la ocupación relacionada con los adultos que siguen laborando, y recibir un ingreso económico, son indicadores significativos para obtener una buena calidad de vida, siendo la edad el factor que provoca más insatisfacción en relación a la calidad de vida, ya que se infiere que mientras más edad tengan los adultos mayores se sienten más insatisfechos con calidad de vida.

Resultados que se comparan con los datos obtenidos en el estudio de Browne (1996) quien señala también la importancia del bajo nivel de estudios, el vivir solo y el seguir laborando, son indicadores sociodemográficos determinantes para la valoración del adulto mayor respecto a su estado funcional y la calidad de vida, así como los estudios anteriormente realizados por Fernández-Ballesteros, (1998) donde señala que la salud de los adultos mayores se ve afectada por las condiciones personales como la edad y el sexo que de alguna manera impiden que los adultos mayores no logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social, reflejadas en los estilos de vida que tienen dentro de su vivienda.

La percepción que tuvieron los adultos mayores de su calidad de vida en relación a las condiciones de su vivienda, dependía del nivel de percepción que tuvieron de cada una de las dimensiones evaluadas, destacándose que las dimensiones de relaciones sociales y del ambiente, son las que mayor repercusión presentaban en relación a la vivienda,

resultado que se esperaba encontrar porque se utilizó la misma escala de calidad de vida aplicada en la población estudiada en Santiago de Chile por Torres, Quezada, Rioseco, y Ducci (2008) quienes analizaron que la percepción que realizan los adultos mayores sobre su calidad de vida, parte del conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida.

Los resultados obtenidos en este estudio, de ansiedad y depresión en relación a la edad y al género mostraron una tendencia para ser considerados como indicadores determinante para una buena calidad de vida; sin embargo la depresión en esta población fue considerada como un indicador relevante para la buena calidad de vida y en especial se logró concluir que entre más edad tengan los adultos mayores aumentan los niveles de depresión, recíprocamente Fernández-Ballesteros (1998) concluyó en su investigación en forma general que la salud física y afectiva (depresión) de los adultos mayores se ve afectada por las condiciones personales como la edad y el sexo y que de alguna manera impiden que los adultos mayores no logren los niveles aceptables de bienestar físico, psicológico, familiar y social que son el reflejo de calidad de vida que tienen dentro de su vivienda.

Al identificarse a la depresión con un indicador representativo para la buena calidad de vida, en los estudios (Kaplan, 2000; Pérez & Arcia, 2008; Pidemunt, 2010) revisados se identificó que es un indicador que se asocia al deterioro cognitivo, funcional y al desarrollo de la calidad de vida social y familiar.

Los indicadores de las condiciones de la vivienda, la depresión, el nivel educativo, la ocupación resultaron tener mayor tendencia para asociarse a la buena y muy buena calidad de vida en los adultos mayores. Datos también identificados en el estudio de Korc, (2005) sobre la calidad de vida del adulto mayor, demostraron que la salud física y afectiva se ve alterada por las condiciones en las que vive la gente dentro de su vivienda, y del estilo de vida que tiene en su vivienda, y estas a su vez se relacionan con las condiciones personales como la edad y el sexo.

Con la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF en el estudio, se comprobó que es una herramienta apropiada para evaluar la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su calidad de vida especialmente aquellos que habitan en viviendas multifamiliares, y su vez se identificó de una manera eficaz cuales son los indicadores que influyen directamente en la presencia de una mala o buena calidad de vida en el adulto mayor.

Referencias

- Ávila-Funes, J.A., Garan, M.P., Aguilar-Navarro, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19 (5), 321–30.
- Acosta, Q.CH.O., García, F.R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología de la salud*, 2 (17), 291-300.
- Browne, J.R., O'Boyle, C.A., McGee, H.M., Joyce, C.R.B., McDonald, N.J., O'Malley, K & Hiltbrunner, B. (1994). Calidad de vida en los individuos sanos de la tercera edad. Investigación sobre la Calidad de vida, *Quality of life Research*, 3, 235-244.

- Bosch, M.J. (2006). El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. *Architecture, City an Enveronment*, 1 (1), 80-101.
- Delgado, B. M. T. (1998). Propuesta de medición de la calidad de vida urbana como objetivo de planificación y gestión local. *Anales del IV Seminario Latinoamericano de Calidad de Vida Urbana*. Tandil, Argentina, 1-10.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). La Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. *La Psicología en España*, 2 (1), 57-65.
- Franco-Fernández M.D., Antequera-Jurado, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*, 1, 37-47.
- García-Viniegras, C. R. V. & González, B. I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 586-92.
- González, M., Martín, M., Grau, J.A., & Lorenzo, A. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En González, M. (Eds.), *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. (165-214) La Habana: *Editorial Ciencias Médicas*.
- Isla, B. M.V., De Gatica, A., López. C. (2003). La cuestión habitacional en la ciudad de Buenos Aires y las características de la pobreza estructural No. 2. *Informe de Situación Social de la Ciudad de Buenos Aires*. Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. [En línea]. Disponible en: Base.Centrourbal.com/.../14_20071151120_R10P1-03A-dt6-spa.pdf.
- Kaplan, H., Sadock, B.J. (2000) *Sinopsis de psiquiatría*. Washington DC: Médica Panamericana, 53-5.
- Korc, E. M. (2005) Vivienda Saludable: Enlace entre la Investigación y las Políticas Públicas. *Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS –PWR*, Caracas, Venezuela.
- Lucas, C. R. (2007). Cuestionarios genéricos. WHOQOL. (Eds.), *Manual Separ de procedimientos, Publicaciones Pemanyer 152* (1), 16-22. Barcelona España.
- Munguía, H. R. (2001). “El capital inmobiliario y su inserción dentro de las estructuras urbanas”. Fausto Brito, Adriana. *Suelo urbano y reservas territoriales*. (Coordinadora). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Núñez, M. B., Álvarez, C. D. (2009). El Desarrollo sustentable y los nuevos esquemas habitacionales. *Estudios Jaliscienses*, 75, 21-31.

- Pérez, M. V. T. & Arcia, C. N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 24 (3), 1-20.
- Piqueras, R. J., Martínez, G. A., Ramos, L. V., Rivero, B. R., García, L. L. & Oblitas, G. L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15, 43-73.
- Pidemunt, M. G. (2010). *Factores determinaste en el deterioro de la función y la calidad de vida del anciano afecto de facturas de cadera*. Tesis de Doctor no publicada, de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. [En línea]. Consultado: [Marzo 2012]. Disponible en: www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4352/gpm1del.pdf.
- Torres, H.M., Quezada, V.M., Rioseco, H.R., Ducci, V. M.E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings. *Rev. Méd. Chile Santiago*, 136 (3), 325-333.
- Schwartz, G., Davison, R y Goleman, D. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40 (4), 321-328.
- Ruiz, V. G. (2006). Urbanista, “Vivienda vertical, un mercado en ascenso”. Público, Guadalajara.
- Valderrama, I. P., Carbellido, V.S. y Domínguez, T. B., (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino: *Revista Latinoamericana de Psicología. Colombia*, 27 (1), 73-86.
- WHOQOL. (2005). Measuring Quality of Life. *The WHO Quality of Life instruments (The whoqol-100 Whoqol-bref)*. [En línea]. Consultado: [Agosto 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/msa/qol>

Dirección Correspondencia:

Paseo de los Brezos 713
Fraccionamiento Tabachines Zapopan Jalisco,
CP 45188 Tel. 01 (33) 1058200 ext. 3683, 3684
Correo electrónico: marlencilla27@hotmail.com

Recebido em: 26/05/2012.

Aceito para publicação em: 22/07/2012.

** Nota del autor: Este estudio es parte del proyecto de investigación titulado “Impacto del desarrollo Habitacional en la calidad de vida y la salud en los ancianos de la zona metropolitana de Guadalajara. Que conto con financiamiento, mediante el programa Complementario a Investigaciones en Proceso de Consolidación (SNI 1) de CONACYT (2008-2009), con el No. de registro 091142.