



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 21 No. 4

Diciembre de 2018

## HÁBITOS DE SALUD Y AUTOESTIMA EN MUJERES Y HOMBRES ADULTOS MAYORES

Rocío Soria Trujano<sup>1</sup>, Laura Santiago Santiago<sup>2</sup>, Alexandra Adriana Mayen Aguilar<sup>3</sup> y Nancy Lara de Jesús<sup>4</sup>.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Universidad Nacional Autónoma de México

### RESUMEN

En México hay un acelerado proceso de envejecimiento. Los ancianos presentan problemas de salud así como cambios sociales y psicológicos, habiendo gran demanda de servicios médicos. Perder a una persona a la que se ama debido a la muerte, relaciones sociales y estatus socioeconómico, tal vez por jubilación, puede afectar su autoestima. Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar los hábitos de salud y la autoestima de personas adultas mayores, analizando posibles diferencias entre sexos y entre actividad e inactividad laboral. Se evaluaron 300 participantes. Se usó el área de hábitos de salud del Perfil de Estrés de Kenneth Nowack y la Escala de Autoestima Rosenberg. Los resultados indicaron que la mayoría de los participantes de todas las muestras alcanzaron un nivel alto de hábitos de salud y uno normal de autoestima. No se detectaron diferencias entre sexos. Las muestras inactivas laboralmente tuvieron mejores hábitos de nutrición y prevención. La actividad laboral se asoció al nivel normal de autoestima en hombres y mujeres. Tener hábitos saludables y autoestima normal, puede ayudar a prevenir deterioros físico, cognoscitivo y emocional en población de adultos mayores.

Palabras clave: Hábitos de salud, autoestima, adultos mayores.

<sup>1</sup> Doctora en Psicología. Profesora Titular Área Psicología Clínica. FES Iztacala, UNAM. maroc@unam.mx

<sup>2</sup> Egresada Licenciatura en Psicología. FES Iztacala, UNAM. sansanlau14@gmail.com

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología. Egresada de la FES Iztacala, UNAM. mayenalexa13@gmail.com

<sup>4</sup> Licenciada en Psicología. Egresada de la FES Iztacala, UNAM. nlara.psic@hotmail.com

## HEALTH HABITS AND SELF-ESTEEM IN WOMEN AND MEN ELDERLY

### ABSTRACT

In Mexico there is an accelerated aging process. The elderly have health problems and social and psychological changes, reason for which the demand of medical services is a great. Losing a person you love because of death, social relationships and socioeconomic status, perhaps because of retirement, can affect their self-esteem. Thus, the objective of the present study was to evaluate the health habits and self-esteem of the elderly, analyzing possible differences between sexes and between work activity and inactivity. 300 participants were evaluated. The health habits area of Kenneth Nowack's Stress Profile and the Rosenberg Self-Esteem Scale were used. The results indicated that the majority of the participants of the samples reached a high level of health habits and a normal level of self-esteem. No differences between sexes were detected. The inactive occupational samples had better nutrition and prevention habits. The work activity was associated to the normal level of self-esteem in men and women. Having healthy habits and normal self-esteem can help prevent physical, cognitive and emotional deterioration in the elderly population.

Key words: Health habits, self-esteem, elderly

En México hay un acelerado proceso de envejecimiento, lo cual trae consigo muchas demandas sociales. La Organización Mundial de la Salud (2015) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2014) basándose en lo establecido en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSS1-1997), señalan que una persona se considera adulta mayor, si cuenta con 60 años o más.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014) proporcionó datos que indican que para el año 2050 se espera que habrá más mujeres (23.3% del total de la población femenina) mayores de 60 años, que hombres (19.5% del total de la población masculina). Además, señaló que la Ciudad de México es la entidad con más personas ancianas, representando el 13.3% de la población total; con proporciones mayores a 10% estando los estados de Veracruz, Oaxaca, Morelos, Yucatán, Michoacán, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Durango. Para el año 2030 se espera que la Ciudad de México sea una población envejecida pues el 20.45% de sus habitantes será de 60 años y más de edad. De hecho, todas las entidades del país mostrarán mayores proporciones de

personas ancianas, pero la capital del país, el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Puebla, seguirán concentrando el mayor número de ancianos.

El INAPAM (2014) resalta que la esperanza de vida se ha duplicado entre los años 1930 y 2014, habiendo mujeres que viven hoy en día, 43 años más y hombres que viven 39 años más, significando un gran reto para México, en lo que respecta a jubilaciones, pensiones y servicios de salud, habiendo en el ámbito familiar cargas de trabajo adicionales por el cuidado a los ancianos, cargas que tienen que realizar principalmente las mujeres. González (2015) opina que con el incremento de la población de adultos mayores, hay menor cantidad de fuerza de trabajo con repercusiones en el mercado laboral; hay vulnerabilidad de estas personas ante la incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, lo cual requiere de servicios de salud; señala también que las relaciones familiares enfrentan transformaciones en las estructuras de los hogares que cuentan cada vez con más miembros envejecidos; y que hay una feminización del envejecimiento debido a la mayor sobrevivencia de las mujeres.

Al envejecer las personas experimentan cambios fisiológicos, con lo cual se nota una declinación en su funcionamiento físico; presentan problemas de salud y manifiestan cambios sociales y psicológicos. El Instituto Nacional de las Mujeres (2015, p.1) señala que:

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socio-económicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) aporta datos que indican que el 40% de la población adulta mayor en México, padece hipertensión, 24.3% diabetes, y un 20.4% hipercolesterolemia, siendo las cifras por sexo, las siguientes: hipertensión 46.2% mujeres y 32.9% hombres; diabetes 25.8% mujeres y 22.4% hombres; e hipercolesterolemia 23.6% mujeres y 16.7% hombres. Además, se

presentan enfermedades del corazón, embolias, infartos cerebrales y cáncer; la depresión alcanzó en ese año un 22.1% de los casos femeninos y 12.5% de los masculinos; el deterioro cognoscitivo un 8.3% de mujeres y 6.3% de hombres, así como la demencia, un 9.1% de mujeres y 6.9% de hombres. Los datos revelan entonces que las mujeres y los hombres viven de manera diferente el envejecimiento; ellas padecen más enfermedades discapacitantes graves y por más tiempo, debido muchas veces a los cambios biológicos de su ciclo reproductivo.

Carmona (2016), ha obtenido datos de investigación que indican que en la población de adultos mayores frecuentemente se presentan padecimientos que pueden llevarlos a la discapacidad. Este hecho se complica porque confluyen factores tales como el estrés, la obesidad, la falta de ejercicio y el consumo de tabaco y/o alcohol. Señala que es 1.8 veces mayor la posibilidad de que los hombres tengan mejor salud que las mujeres; 5.7 veces más la posibilidad de que una persona anciana que sea diagnosticada con alguna enfermedad no realice ejercicio; y 5.3 veces más de que no sea un (a) anciano (a) con actividad laboral.

Se ha reportado mala salud en los ancianos, sobre todo en las mujeres, identificándose hábitos de salud perjudiciales tales como: consumo de tabaco y/o de alcohol (siendo más frecuente por parte del sexo masculino), no asistir a consultas médicas preventivas, no seguir las recomendaciones del médico, no ser adherentes al tratamiento, consumir en exceso drogas médicas (las mujeres lo hacen más frecuentemente), no tener hábitos higiénicos y de alimentación adecuados, y no hacer ejercicio (Cardona, Estrada, Chavarriaga, Ordóñez, Osorio y Segura, 2010; Guimaraes, Mendoza, López, García, Velasco, Beltrán, Valdez, Medina-Mora y Camacho, 2014; Pérez, 2009). La práctica habitual de ejercicio físico ayuda a los adultos mayores a controlar enfermedades crónicas, a mejorar su movilidad muscular y a evitar que presenten depresión (Hoffman, Babyak, Craighead, Sherwood, Doraiswamy, Coons y Blumenthal, 2011; López, Flórez, Valdez y Martínez, 2011; Shahidi, Mojtahed, Modabbernia, Mojtahed, Shafiabady y Delavar, 2011). Muchos adultos mayores presentan dificultad para el consumo de sus medicamentos, que en muchos casos es de tipo polifarmacia, debido a su deterioro físico y de tipo cognoscitivo principalmente. El sexo femenino es más vulnerable por mayor preva-

lencia de polifarmacia debido a enfermedades crónicas. Muchos ancianos no saben para qué toman ciertos medicamentos ni cuáles son las dosis, por lo que dependen de otras personas para la ingesta y cuando están solos corren el riesgo de medicarse erróneamente (Moreno y Garza, 2013). Además, las personas ancianas comúnmente tienen dificultades para dormir, principalmente las mujeres, presentando despertares nocturnos frecuentes y problemas para conciliar el sueño; muchas de estas personas padecen insomnio, el cual puede producirles cansancio e irritabilidad, así como consumo de psicofármacos. Esto puede deberse a malos hábitos de sueño: horarios irregulares para dormir, consumo de té, café, refresco de cola, presencia de ruidos y/o mucha iluminación en su habitación, dormir durante el día, y acostarse con hambre (Boix, López, David, Téllez, Villena y Párraga, 2009; Cruz, Hernández, Morera, Fernández y Rodríguez, 2008).

Por otro lado, los ancianos pueden enfrentarse no solamente a sus cambios físicos y psicológicos, que pueden causarles los padecimientos de enfermedades crónicas, sino también a eventos tales como perder a una persona amada debido a la muerte; perder relaciones sociales y estatus socioeconómico, tal vez por jubilación, y ello puede afectar su autoestima. Rosenberg (1965) y Rosenberg Schooler, Schoenbach y Rosemberg (1995) consideran que la autoestima es el sentimiento que un individuo tiene hacia sí mismo, basándose en sus propias características. Por su parte, Masso (2001) menciona que la autoestima se refiere a la percepción que un individuo tiene de sí mismo y a la valoración que se hace en función de esa percepción, pudiendo ser negativa o positiva. López, Fernández y Márquez (2008) opinan que la autoestima es el autoconcepto que una persona tiene de sí mismo, en cuanto a sus competencias, logros, roles, metas y objetivos alcanzados. Villavicencio (2014) considera que la autoestima consiste en saberse capaz y útil. Asimismo, Orosco (2015) indica que la autoestima tiene que ver con las actitudes del individuo hacia sí mismo y que en éstas se incluyen los afectos y los sentimientos; las actitudes están integradas por factores cognoscitivos, afectivos y conductuales.

La autoestima es importante en relación a la calidad de vida del adulto mayor, etapa en la que tiende a declinar (Matud, 2004; Wagner, Gerstorff, Hoppmann y

Luszcz, 2013). Existen factores que pueden afectarla, tales como la autopercepción funcional del anciano, encontrándose una relación entre discapacidad de las personas adultas mayores y la autoestima de las mismas, al tener que usar sillas de ruedas, andaderas o bastones, lo que les dificulta desplazarse y realizar sus actividades diarias (Guerrero, Galván, Vázquez, Lázaro y Morales, 2015; Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas, 2011); el apoyo social es otro factor importante, habiendo estudios que revelan que las personas con niveles altos de apoyo social percibido, tienen alta autoestima (Kong, Ding y Zhao, 2015; Qian, 2014; San Martín y Barra, 2013); la socialización tiene efectos positivos en la autoestima de los ancianos al mejorar significativamente su situación emocional y su calidad de vida, sintiéndose reconocidos, útiles y no dependientes (Mazadiago, Calderón, Solares, Zárate, Torres y Coto, 2011; Nanthamongolchai, Makapat, Charupoonphol y Munsawaengsub, 2007; Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, 2006). Realizar ejercicio físico también se asocia con alta autoestima (García, Marín y Bohórquez, 2012; García y Troyano, 2013). Además, el sexo de la persona anciana es otro factor relacionado a la autoestima. En la literatura se pueden encontrar datos de investigaciones que revelan que las mujeres ancianas han mostrado un nivel más bajo de autoestima (Baqheri, Gourdarzian, Mirani, Jouybari y Nasiri, 2016; Garay y Ávalos, 2009; Villavicencio y Rivero, 2014). Finalmente, puede hacerse referencia a la actividad laboral. Muchas personas adultas mayores se sienten capaces de seguir trabajando; sin embargo, la sociedad les maneja la idea de que ya no son prescindibles y que deben jubilarse, lo cual puede tener repercusiones negativas en sus ingresos económicos y en su socialización, afectando su autoestima y propiciando sintomatología depresiva (Baqheri, Gourdarzian, Mirani, Jouybari y Nasiri, 2016; Oroscó, 2015; Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas, 2011).

Así, surgió el interés por realizar el presente estudio cuyo objetivo fue evaluar los hábitos de salud y la autoestima de personas adultas mayores, analizando posibles diferencias entre sexos y entre actividad e inactividad laboral.

## MÉTODO

Diseño:

Estudio exploratorio descriptivo.

Participantes:

Se evaluaron 300 personas adultas mayores (60 años de edad o más), residentes de la Ciudad de México o del área metropolitana. Ninguna de ellas estaba viviendo en alguna residencia para ancianos, ni presentaba incapacidades físicas y/o cognitivas aparentes. Se distribuyeron en alguna de las siguientes muestras: 1) 75 mujeres ancianas que no eran activas laboralmente; 2) 75 mujeres ancianas activas laboralmente; 3) 75 hombres ancianos que no eran activos laboralmente; y 4) 75 hombres ancianos activos laboralmente. La edad promedio de la muestra total fue de 67.5 años; para la muestra femenina fue de 66 años y para la masculina de 69 años. Se les contactó por vía vecinal, de amistades o familiares, siendo la muestra no probabilística, de tipo intencional, ya que se requerían participantes con características específicas. Recibieron información completa con respecto a los objetivos de la investigación, del instrumento a emplearse y de la forma en la que sería su participación, de manera que pudiese contarse con su consentimiento informado. Además, se hizo del conocimiento de los participantes, que los datos obtenidos en la investigación podrían ser presentados en eventos científicos y/o publicados en revistas especializadas, respetando su anonimato.

Instrumentos:

Se empleó, el Perfil de Estrés de Kenneth Nowack (2002), en cuanto a su área de hábitos de salud. Este instrumento se puede aplicar a personas adultas, incluyendo ancianas. Tiene opciones de respuesta tipo Likert: “siempre”, “casi siempre”, “algunas veces”, “rara vez” y “nunca”. Se piloteó y el Alpha de Cronbach fue de .737, quedando 10 ítems que evalúan los siguientes hábitos: ejercicio, sueño, alimentación, actividades relajantes, ingesta de medicamentos, y revisiones/ análisis médicos.

Se empleó, además, la Escala de Autoestima Rosenberg (1995). Se puede aplicar a adolescentes, adultos y ancianos. Consta de 10 ítems con opciones de respuesta tipo Likert: “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo”, y “muy en desacuerdo”. Este instrumento se piloteó para el presente estudio y el Alpha de Cronbach fue de .756



**Procedimiento:**

Se aplicaron los instrumentos de manera individual, en el hogar o lugar de trabajo de los participantes. Se pidió que leyeran las instrucciones y expresaran si existía alguna duda para aclararla, de no ser así, se procedía a contestar los reactivos.

**Análisis de datos:**

Se obtuvieron datos porcentuales y se empleó la prueba t de Student para realizar las comparaciones por sexo y actividad/inactividad laboral.

**RESULTADOS**

En lo que corresponde a hábitos de salud, destacó el nivel alto en la muestra total (ver tabla 1).

**NIVELES HÁBITOS DE SALUD**

| MUESTRA TOTAL |      |       |
|---------------|------|-------|
| NIVELES       | FREC | %     |
| Bajo          | 1    | .7%   |
| Medio         | 54   | 18%   |
| Alto          | 245  | 81.3% |
| Total         | 300  | 100   |

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de hábitos de salud, en la muestra total de adultos mayores.

Los datos de hábitos de salud en la comparación por sexos, indicaron también un nivel alto para la mayoría de los participantes de ambas muestras; no obstante, el porcentaje para hombres es menor (ver tabla 2).

**HÁBITOS DE SALUD****SEXOS**



| NIVELES | Mujeres |      | Hombres |      |
|---------|---------|------|---------|------|
|         | FREC    | %    | FREC    | %    |
| Bajo    | 0       | 0    | 1       | .7   |
| Medio   | 19      | 12.7 | 35      | 23.3 |
| Alto    | 131     | 87.3 | 114     | 76   |
| Total   | 150     | 100  | 150     | 100  |

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de hábitos de salud, en mujeres y hombres adultos mayores.

En cuanto a hábitos de salud para las muestras de ancianos (as) activos e inactivos laboralmente, una vez más predominó el nivel alto, pero el porcentaje es menor para el caso de los participantes activos (ver tabla 3).

| HÁBITOS SALUD ANCIAN@S AC-TIVOS |      |      | HÁBITOS SALUD ANCIAN@S INACTIVOS |      |  |
|---------------------------------|------|------|----------------------------------|------|--|
| Niveles                         | FREC | %    | FREC                             | %    |  |
| Bajo                            | 1    | .7   | 0                                | 0    |  |
| Medio                           | 34   | 22.7 | 20                               | 13.3 |  |
| Alto                            | 115  | 76.7 | 130                              | 86.7 |  |
| Total                           | 150  | 100  | 150                              | 100  |  |

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de hábitos de salud, en las muestras de adultos (as) activos e inactivos laboralmente.

Los datos en cuanto a hábitos de salud para las muestras de mujeres activas e inactivas laboralmente, mostraron un nivel alto mayoritariamente, siendo más alto el porcentaje en la muestra de las mujeres activas (ver tabla 4).

| HÁBITOS SALUD<br>MUJERES ACTIVAS |      |      | HÁBITOS SALUD<br>MUJERES INACTIVAS |      |
|----------------------------------|------|------|------------------------------------|------|
| Niveles                          | FREC | %    | FREC                               | %    |
| Bajo                             | 0    | 0    | 0                                  | 0    |
| Medio                            | 7    | 9.5  | 12                                 | 15.8 |
| Alto                             | 67   | 90.5 | 64                                 | 84.2 |
| Total                            | 75   | 100  | 75                                 | 100  |

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de hábitos de salud, en las muestras de adultas mayores activas e inactivas laboralmente.

Los porcentajes correspondientes a las muestras de hombres activos e inactivos laboralmente, marcan un nivel alto en ambas muestras, aunque los varones inactivos obtuvieron un porcentaje más alto. Sin embargo, el nivel medio en la de hombres activos ya adquiere relevancia (ver tabla 5).

| HÁBITOS SALUD<br>HOMBRES ACTIVOS |      |   | HÁBITOS SALUD<br>HOMBRES INACTIVOS |   |
|----------------------------------|------|---|------------------------------------|---|
| Niveles                          | FREC | % | FREC                               | % |

|       |    |      |    |      |
|-------|----|------|----|------|
| Bajo  | 1  | 1.3  | 0  | 0    |
| Medio | 27 | 36   | 8  | 10.7 |
| Alto  | 47 | 62.7 | 67 | 89.3 |
| Total | 75 | 100  | 75 | 100  |

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de hábitos de salud, en las muestras de adultos activos e inactivos laboralmente.

En cuanto a los análisis estadísticos, al hacer las comparaciones entre sexos en la muestra total, no se pudo establecer una diferencia significativa; no obstante, sí se encontraron para algunos ítems: “Desayuno todos los días”:  $t_{298} = 1.221$   $p < .05$ , siendo las mujeres las que lo hacen con mayor frecuencia; “Cumpló con mis revisiones médicas, voy a que me realicen análisis clínicos”:  $t_{298} = 2.699$   $p < .05$ , cumpliendo con esto con mayor frecuencia las mujeres; y “Tomo mis medicamentos como me indica el médico”:  $t_{298} = 3.268$   $p < .05$ , cumpliendo mejor las mujeres. Al llevar a cabo los análisis entre la muestra de adultos mayores (hombres y mujeres) activos laboralmente y la muestra de adultos mayores (hombres y mujeres) inactivos laboralmente, sí se obtuvo diferencia significativa:  $t_{298} = -2.438$   $p < .05$ , teniendo mejores hábitos de salud las personas adultas mayores inactivas. También se establecieron diferencias significativas para algunos ítems: “Realizo actividades que me relajan como leer, ver televisión, escuchar radio, etc.”:  $t_{298} = -1.459$   $p < .05$ , con los ancianos (as) inactivos como los que se dedican más a estas actividades; “Cumpló con mis revisiones médicas, voy a que me realicen análisis clínicos”:  $t_{298} = -1.816$   $p < .05$ , siendo los ancianos (as) inactivos los más cumplidos; y “Tomo mis medicamentos como me indica el médico”:  $t_{298} = -2.438$   $p < .05$ , con mejor hábito los ancianos (as) inactivos una vez más. Cuando se realizó la comparación entre mujeres ancianas que trabajaban y las que no lo hacían, no se obtuvo diferencia significativa, pero sí para algunos ítems: “Desayuno todos los días”:  $t_{148} = 2.417$   $p < .05$ ; y “Como todos los días”:  $t_{148} = 1.804$   $p < .05$ , observándose que las ancianas activas laboralmente, fueron las que reportaron ingerir estos alimentos más frecuentemente. Al realizar la comparación entre hombres activos e inactivos labo-

ralmente, sí se obtuvo diferencia significativa:  $t_{148} = -3.894$   $p < .05$ , notándose mejores hábitos de salud en los ancianos inactivos. También se establecieron diferencias para algunos ítems: “Dedico tiempo libre para actividades de jardinería, arreglos de la casa, del auto, etc.”:  $t_{148} = 2.250$   $p < .05$ ; “Desayuno todos los días”:  $t_{148} = -2.160$   $p < .05$ ; “Me alimento de manera balanceada y nutritiva (frutas, vegetales, pescado, carne, pollo, lácteos, cereales)”:  $t_{148} = -4.152$   $p < .05$ ; “Cumplo con mis revisiones médicas, voy a que me realicen análisis clínicos”:  $t_{148} = -2.785$   $p < .05$ ; y “Tomo mis medicamentos como me indica el médico”:  $t_{148} = -1.600$   $p < .05$ ; siendo en todos los casos, los adultos mayores inactivos, los que reportaron mejores hábitos de salud. La comparación entre sexos, en la población activa laboralmente, indicó que sí hubo diferencia estadística significativa:  $t_{147} = 4.120$   $p < .05$ , con mejores hábitos las mujeres. Además, se pudieron establecer diferencias para los siguientes ítems: “Desayuno todos los días”:  $t_{147} = 2.953$   $p < .05$ ; “Como todos los días”:  $t_{147} = 2.058$   $p < .05$ ; “Me alimento de manera balanceada y nutritiva (frutas, vegetales, pescado, carne roja, pollo, lácteos, cereales)”:  $t_{147} = 2.991$   $p < .05$ ; “Cumplo con mis revisiones médicas, voy a que me realicen análisis clínicos”:  $t_{147} = 3.204$   $p < .05$ ; y “Tomo mis medicamentos como me indica el médico”:  $t_{147} = 2.611$   $p < .05$ , identificando en todos los casos, a las mujeres con mejores hábitos de salud. Finalmente, al llevar a cabo la comparación entre sexos, en la población inactiva laboralmente, no se marcó una diferencia significativa, pero sí para estos ítems: “Desayuno todos los días”:  $t_{149} = -1.659$   $p < .05$ ; y “Tomo mis medicamentos como me indica el médico”:  $t_{149} = 2.135$   $p < .05$ , siendo las mujeres las que cumplían más frecuentemente con estos hábitos.

Por otro lado, en cuanto a autoestima, en la muestra total, se pudo observar que predominó el nivel normal, aunque el porcentaje de participantes con nivel medio es relevante (ver tabla 6).

#### NIVELES AUTOESTIMA

##### MUESTRA TOTAL

| NIVELES | FREC | % |
|---------|------|---|
|---------|------|---|

|        |     |     |
|--------|-----|-----|
| Bajo   | 15  | 5%  |
| Medio  | 63  | 21% |
| Normal | 222 | 74% |
| Total  | 300 | 100 |

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de autoestima, en la muestra total de adultos mayores.

En cuanto a los datos por sexos, el nivel de autoestima que destacó fue el normal, siendo el porcentaje para varones, ligeramente más alto (ver tabla 7).

| NIVELES | AUTOESTIMA SEXOS |      |         |      |
|---------|------------------|------|---------|------|
|         | Mujeres          |      | Hombres |      |
|         | FREC             | %    | FREC    | %    |
| Bajo    | 8                | 5.3  | 7       | 4.7  |
| Medio   | 36               | 24   | 27      | 18   |
| Normal  | 106              | 70.7 | 116     | 77.3 |
| Total   | 150              | 100  | 150     | 100  |

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de autoestima, en mujeres y hombres adultos mayores.

En lo que respecta a las muestras de ancianos (as) activos e inactivos laboralmente, los datos indicaron que predominó el nivel normal, aunque el porcentaje fue más alto para los (as) adultos mayores activos laboralmente (ver tabla 8).

AUTOESTIMA ANCIAN@S ACTI-

AUTOESTIMA ANCIAN@S INACTI-

| Niveles | VOS  |      | VOS  |      |
|---------|------|------|------|------|
|         | FREC | %    | FREC | %    |
| Bajo    | 4    | 2.7  | 11   | 7.3  |
| Medio   | 25   | 16.7 | 38   | 25.3 |
| Normal  | 121  | 80.6 | 101  | 67.4 |
| Total   | 150  | 100  | 150  | 100  |

Tabla 8. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de autoestima, en las muestras de adultos (as) activos e inactivos laboralmente.

Los porcentajes obtenidos para la muestra de ancianas activas e inactivas laboralmente, señalaron que predominó el nivel normal de autoestima, habiendo más participantes activas en ese nivel (ver tabla 9).

#### AUTOESTIMA MUJERES ACTIVAS

#### AUTOESTIMA MUJERES INACTIVAS

| Niveles | AUTOESTIMA MUJERES ACTIVAS |      | AUTOESTIMA MUJERES INACTIVAS |      |
|---------|----------------------------|------|------------------------------|------|
|         | FREC                       | %    | FREC                         | %    |
| Bajo    | 2                          | 2.7  | 6                            | 8    |
| Medio   | 16                         | 21.3 | 20                           | 26.7 |
| Normal  | 57                         | 76   | 49                           | 65.3 |
| Total   | 75                         | 100  | 75                           | 100  |

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de autoestima, en las muestras de adultas activas e inactivas laboralmente.

Posteriormente, se pudo observar que el nivel normal de autoestima destacó en las muestras de ancianos activos e inactivos laboralmente, con más participantes activos en este nivel (ver tabla 10).

#### AUTOESTIMA HOMBRES ACTIVOS

#### AUTOESTIMA HOMBRES INACTIVOS

| Niveles | FREC | %    | FREC | %    |
|---------|------|------|------|------|
| Bajo    | 2    | 2.7  | 5    | 6.7  |
| Medio   | 9    | 12   | 18   | 24   |
| Normal  | 64   | 85.3 | 52   | 69.3 |
| Total   | 75   | 100  | 75   | 100  |

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes para cada nivel de autoestima, en las muestras de adultos activos e inactivos laboralmente.

En lo que respecta a los análisis estadísticos, al hacer las comparaciones entre sexos en la muestra total, no se pudo establecer una diferencia significativa; tampoco se encontraron diferencias al analizar los ítems. Al llevar a cabo los análisis entre la muestra de adultos mayores (hombres y mujeres) activos laboralmente y la muestra de adultos mayores (hombres y mujeres) inactivos laboralmente, no se obtuvo diferencia significativa; sin embargo, sí hubo una para el ítem: “Siento que soy una persona de confianza”:  $t_{298} = 1.849$   $p < .05$ , indicando que los y las participantes activos reportaron sentirse ser más confiables. Cuando se realizó la comparación entre mujeres que trabajaban y las que no lo hacían, no se encontró diferencia significativa. No obstante, sí se obtuvieron diferencias para algunos ítems: “Siento que soy una persona de confianza”:  $t_{148} = 1.163$   $p < .05$ , manifestando sentirse así, más mujeres activas laboralmente; “Me inclino a sentir que soy un fracaso”:  $t_{148} = 1.821$   $p < .05$ , habiendo señalado este sentimiento más mujeres inactivas laboralmente; “En general, estoy satisfecho/a de mí mismo/a”:  $t_{148} = .932$   $p < .05$ , observándose más mujeres que trabajan, percibiéndose así; y “A veces me siento un(a) inútil”:  $t_{148} = 1.818$   $p < .05$ , estando de acuerdo con este sentimiento, más mujeres inactivas. Al realizar la comparación entre hombres activos e inactivos laboralmente, no se pudo establecer una diferencia estadística significativa, así como tampoco por ítems. La comparación entre sexos, en la población activa laboralmente, indicó que no hubo diferencia significativa; no obstante, se detectó diferencia para el ítem: “Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás”:  $t_{147} = -.894$   $p < .05$ , estando de acuerdo más los hombres con esta frase. El análisis



entre las muestras de mujeres y hombres inactivos laboralmente no indicó diferencia estadística significativa, pero sí para los siguientes ítems: “Me inclino a sentir que soy un fracaso”:  $t_{149} = -1.180$   $p < .05$ , señalando sentirse así más las mujeres; y “En general, estoy satisfecho(a) de mí mismo (a)”:  $t_{149} = -.527$   $p < .05$ , habiendo más hombres que mujeres sintiéndose así.

## CONCLUSIONES

En la vejez se presentan múltiples cambios físicos y psicológicos en los adultos mayores, que implican un incremento en las demandas de servicios de salud y de cuidados al anciano por parte de familiares y en algunos casos, de cuidadores tales como del personal de enfermería, lo cual representa egresos económicos que pueden afectar la vida familiar. De ahí que sea muy importante el hecho de que los adultos mayores tengan hábitos de salud que prevengan enfermedades crónicas y/o discapacitantes, y por ende su dependencia hacia otros. Adquieren relevancia algunas conductas que mantengan la buena calidad de vida de esta población: revisiones médicas, realización de análisis clínicos para prevención y control de enfermedades, buena alimentación, ejercicio, descanso, y adherencia a sus tratamientos.

En el presente estudio, los resultados indicaron que la mayoría de los participantes de todas las muestras denotó un nivel alto de hábitos de salud, aunque con ciertas diferencias al revisar los datos por ítems. Las mujeres en mayor proporción reportaron tener buenos hábitos de nutrición (desayunar, comer y cenar de manera regular, y alimentarse de manera balanceada) y de prevención (cumplir con las revisiones médicas y con los análisis clínicos necesarios, así como tomar los medicamentos como lo indicaba el médico) en comparación con los datos referentes a los hombres. En cuanto a ejercicio, tanto mujeres como varones mostraron deficiencia pues muy pocos fueron los que señalaron ejercitarse 20 o 30 minutos, cuando menos tres veces a la semana, y esos pocos participantes, fueron más del sexo masculino, sobre todo los inactivos laboralmente. La actividad ejercitante que se identificó que realizaban algunos hombres con más frecuencia fue la de dedicar tiempo libre para tareas de jardinería, arreglos de la casa, del auto, etc. Estos

arreglos los realizaban los ancianos inactivos laboralmente, ya que contaban con tiempo para ello. En lo que respecta al descanso, pocos fueron los participantes que indicaron dormir menos tiempo del necesario, y se trató de ancianos (as) que trabajaban. La muestra de ancianos (as) inactivos laboralmente, fue la que reportó buenos hábitos de prevención; las mujeres activas en comparación con las inactivas mostraron preocuparse más por no saltarse alguna comida del día, a pesar de estar fuera de casa gran parte del tiempo. Esto pudiera deberse al hecho de que las mujeres que trabajan cuentan con un horario en su ámbito laboral, para ingerir alimentos, por lo cual los preparan en casa y se los llevan o salen a algún lugar a comer. Cabe repetir que gran parte de las ancianas que permanecen en casa, también alcanzó un nivel alto de hábitos de salud; sin embargo, la diferencia estadística entre ambas muestras reveló que las activas, ingerían sus comidas habitualmente. Habría que analizar las condiciones en las que se encuentran las ancianas inactivas en su hogar, pues algunas pasan muchas horas solas y ello reduce su motivación para comer, tratando entonces de esperar a que llegue algún (os) miembro (s) de la familia, para sentarse a la mesa a comer acompañados. Además, habría que estudiar la presencia de sintomatología depresiva en hombres y mujeres ancianos inactivos, que permanecen en casa, lo que pudiera afectar a sus hábitos alimentarios. En cuanto a los hombres activos e inactivos laboralmente, los que presentaron mejores hábitos de nutrición y de prevención, fueron los inactivos. Un factor que pudo influir es el hecho de que ellos fuesen atendidos por sus esposas o algunas otras mujeres del hogar, preparándoles y proporcionándoles sus alimentos, así como sus medicamentos, y acompañándolos a sus revisiones y análisis médicos. Habrá que tomar en cuenta que se trata de personas de 60 años o más de edad, que pertenecen a una población que fue educada de manera que las mujeres fuesen las que atendieran a los demás miembros del hogar, no así los hombres, quienes tenían que cubrir las necesidades económicas de la familia y ser atendidos en casa. Las mujeres activas laboralmente, señalaron tener mejores hábitos de nutrición y de prevención, que los hombres activos. En el caso de las mujeres y varones inactivos laboralmente, fueron ellos quienes manifestaron mejores hábitos de nutrición y ellas de prevención. Una vez más se po-

dría mencionar el factor de atención a los hombres para cubrirles sus necesidades básicas. Los hombres que no trabajaban podían dedicar tiempo a leer, ver televisión y escuchar radio, algo que en las mujeres inactivas no resaltó, debido tal vez a la falta de tiempo por la realización de actividades del hogar.

Limón y Ortega (2011) opinan que los hábitos de salud son importantes en la vejez para tener una buena calidad de vida: hacer ejercicio, tener una dieta equilibrada, dormir el tiempo suficiente, no ingerir tabaco ni alcohol, y disminuir los niveles de estrés.

Por otro lado, la autoestima se ha encontrado relacionada con el buen estado de salud; no obstante, la vejez puede verse como una etapa de pérdidas, haciendo alusión a la jubilación, la muerte de seres queridos, y a la pérdida de la salud. Todo ello puede favorecer una baja autoestima en los ancianos, siendo que en algunos estudios han sido las mujeres quienes presentan una autopercepción más negativa que los hombres. Así, Garay y Ávalos (2009) indican que ser hombre y tener entre 70 y 79 años, en el Estado de México, se relaciona con sentirse felices; que las mujeres presentan más problemas de salud como la hipertensión arterial y la osteoporosis y por ello su autopercepción no es tan buena como la de los varones. De igual modo, Baqheri, Goudarzian, Mirani, Jouybari y Nasiri (2016) reportan datos con los que establecieron que los hombres ancianos presentan un nivel más alto de autoestima. En el presente estudio, predominó el nivel normal de autoestima, tanto para mujeres como para hombres, siendo muy similares los porcentajes obtenidos, datos que no apoyan las conclusiones de esos autores.

Al hacer las comparaciones entre actividad/inactividad laboral, se puede concluir que entre las muestras de adultos (as) mayores que trabajaban y no trabajaban, predominó el nivel normal de autoestima, pero los datos porcentuales más altos fueron para la muestra activa, así como también, en el análisis por sexos, se alcanzaron porcentajes más altos en las muestras de mujeres y hombres activos. Mayor cantidad de ancianos y ancianas activos, reportaron sentirse ser personas de confianza, en comparación con los inactivos. El análisis de las muestras de mujeres activas e inactivas laboralmente, indicó que muchas de las primeras señalaron sentirse una persona de confianza y estar satisfechas con ellas mismas; mien-

tras que algunas de las mujeres inactivas, se inclinaban a sentir que eran un fracaso y que a veces se sentían inútiles. En el caso de los hombres, activos e inactivos, no se detectaron diferencias. En lo que respecta a las mujeres y hombres activos, ellos reportaron sentirse capaces de hacer las cosas tan bien como los demás. Los resultados de las muestras de mujeres y hombres inactivos permiten concluir que ellas se inclinaban a sentir que eran un fracaso, y ellos dijeron estar satisfechos de sí mismos. La actividad laboral se asoció a porcentajes más altos de autoestima, tanto en ancianos como en ancianas. Al respecto, Nanthamongolchai, Makapat, Charupoonphol y Munsawaengsub (2007) realizaron un estudio que reveló que la alta autoestima se correlaciona con ingresos económicos, realización de actividades diarias como el empleo, y la socialización.

Las mujeres inactivas laboralmente, pudieron haber continuado con la realización de labores domésticas y cuidado de algunos miembros de la familia como el esposo y los nietos, lo cual las hacía sentirse útiles y por ello su autoestima fue normal, mientras que las que señalaron sentirse fracasadas e inútiles, pudieron no llevar a cabo estas actividades de cuidado a otros. Algunos hombres inactivos tal vez tenían actividades sociales y hobbies. Quintanar (2010) menciona que los adultos mayores que presentan alguna enfermedad, carencia de afecto, pérdida de roles, pocos contactos familiares e interpersonales, pueden ver su autoestima afectada de manera negativa.

Rodríguez, Valderrama y Molina (2010) proponen, para la prevención de enfermedades y para la promoción de la salud y la autoestima, algunas estrategias de intervención, en población de adultos mayores: actividad física, conductas de autocuidado, relajación, hábitos saludables, grupos de apoyo, actividades de ocio y recreación, socialización, interacción con familiares y amigos para apoyo social, y prevención o intervención en casos de depresión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baqheri, M., Gourdarzian, A., Mirani, H., Jouybari, S. y Nasiri, D. (2016). Association between self-care behaviors and self-esteem of rural elderlies; necessity of health promotion. *Mater Sociomed Journal of the Academy of Medical*

- Sciences of Bosnia and Herzegovina**, **28** (1), 41-46. Recuperado de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4789745>
- Boix, C., López, J., David, Y., Tellez, J., Villena, A. y Párraga, I. (2009). Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. **Atención Primaria**, **41** (10), 564-569. Recuperado de: doi 10.1016/j.aprim.2008.11.015
- Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, M., Ordóñez, J., Osorio, J. y Segura, A. (2010). Condiciones de salud percibidas por el adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. **Revista CES Salud Pública**, **1** (1), 25-48. Recuperado de:  
[http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/viewFile/1304/832](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/1304/832)
- Carmona, S. (2016). Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México. **Población y Salud en Mesoamérica**, **13** (2), 1-8. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/44643207002.pdf>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014). **Proyecciones de la población 2010-2050**. Recuperado de:  
[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Documento\\_Metodologico/HTML/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Documento_Metodologico/HTML/files/assets/common/downloads/publication.pdf)
- Cruz, E., Hernández, Y., Morera, B., Fernández, Z. y Rodríguez, J. C. (2008). Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. **Revista Ciencias Médicas**, **12** (2), 121-130. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942008000200014&lng=es&tying=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200014&lng=es&tying=es)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). **Resultados nacionales**. Recuperado de:  
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Garay, S. y Ávalos, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. **Revista Kairós, Sao Paulo**, **12** (1), 39-58. Recuperado de:  
<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2779/1814>
- García, A., Marín, M. y Bohórquez, R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. **Revista de Psicología del Deporte**, **21** (1), 195-200. Recuperado de:  
[http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep\\_a2012v21n1/revpsidep\\_a2012v21n1p195.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep_a2012v21n1/revpsidep_a2012v21n1p195.pdf)

- García, A. y Troyano, Y. (2013). Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva. *Escritos de Psicología*, **6** (2), 35-41. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092013000200006yscript=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092013000200006yscript=sci_arttext)
- Guerrero, M., Galván, G., Vázquez, F., Lázaro, G. y Morales, D. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente*, **18** (34), 303-310. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/psico/v18n34/v18n34a05.pdf>
- Guimaraes, G., Mendoza, M. A., López, M. A., García, J. A., Velasco, L., Beltrán, A., Valdez, P., Medina-Mora, M. E. y Camacho, R. (2014). Prevalencia y factores asociales al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del D.F. *Salud Mental*, **37** (1), 15-25. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam141c.pdf>
- González, K. (2015). *Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*. México: CONAPO Secretaría de Gobernación, 113-129. Recuperado de: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento\\_demografico\\_en\\_Mexico](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico)
- Hoffman, V., Babyak, M., Craighead, W., Sherwood, A., Doraiswamy, P., Coons, M. y Blumenthal, J. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosom Med*, **73** (2), 127-133. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671874/>
- Instituto Nacional de las Mujeres (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Recuperado de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2014). *Derechos humanos de las personas adultas mayores*. Presentación en el Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de los Adultos Mayores. Ciudad de México. Recuperado de: [www.cepal.org](http://www.cepal.org)
- Kong, F., Ding, K. y Zhao, J. (2015). Relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. *Journal of Happiness Studies*, **16** (2), 477-489. Recuperado de: <http://doi.org/10.1007/s10902-014-9519-2>
- Limón, R. y Ortega, M. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, **6**, 225-238. Recuperado de: <http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>

López, B., Fernández, I. y Márquez, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6 (2), 501-522. Recuperado de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2779/1814>

López, J. L., Flórez, J. A., Valdez, C. y Martínez, I. (2011). Efectos del ejercicio físico en el bienestar subjetivo del anciano. *Apuntes Med Sport*, 46 (171), 151-152. Recuperado de: <http://apps.wiley-sonline.com/doi/abs/10.1002/med.20027>

Masso, F. (2001). *Valores y autoestima*. Madrid: Eneida. Recuperado de: <http://www.iberlibro.com/Ponte-vivir-valores-autoestima-Massó-Manuel/4878416997/bd>

Matud, M. (2004). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902212>

Mazadiego, T. J., Calderón, J., Solares, Cl., Zárata, M., Torres, L. y Coto, A. J. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores en un hogar de jubilados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 175-182. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963016>

Moreno, M. G. y Garza, L. (2013). Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. *Ciencia y Enfermería*, XIX (3), 11-20. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n3/art\\_02.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n3/art_02.pdf)

Nanthamongolchai, S., Makapat, A., Charupoonphol, P. y Munsawaengsub, Ch. (2007). Self-esteem of the elderly in rural areas of Nakon Sawan Province. *Journal Med Assoc Thai*, 90 (1), 155-159. Recuperado de: <http://www.medassocthai.org/Journal>

Nowack, K. (2002). *Perfil de estrés*. México: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). *Informe sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de: [http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873\\_spa.pdf](http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf)

Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 18, 91-104. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147143428004>



- Pérez, A. B. (2009). **10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor**. México: Universidad Iberoamericana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto de Geriátría e Instituto de las Personas Adultas Mayores. Recuperado de:  
[http://www.feriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/10habitos\\_1.pdf](http://www.feriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/10habitos_1.pdf)
- Qiang, T. (2014). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. **Journal of Health Psychology**, **21** (6), 1137-1144. Recuperado de:  
<http://doi.org/https://doi.org/10.1177/1359105314547245>
- Quintanar, A. (2010). **Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-Bref**. Tesina para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad del Estado de Hidalgo. Recuperado de:  
[https://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)
- Rodríguez, A. F., Valderrama, L. y Molina, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. **Psicología desde El Caribe, Universidad del Norte**, **25**, 246-258. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n25/n25a11.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press. Recuperado de: doi: 10.2307/2575639
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem. Different concepts, different outcomes. **American Socio Rev**, **60** (1), 141-156. Recuperado de:  
[https://www.jstor.org/stable/2096350?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2096350?seq=1#page_scan_tab_contents)
- San Martin, J. y Barra, E. (2013). Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes. **Terapia Psicológica**, **31** (3), 287-291. Recuperado de:  
<http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n3/art03.pdf>
- Shahidi, M., Mojtahed, A., Modabbemia, A., Mojtahed, M., Shafiabady, A., Delavar, A. y Honari, H. (2011). Laughter yoga versus group exercise program in elderly depressed women: a randomized controlled trial. **Int Journal Geriatr Psychiatry**, **26** (3), 322-327. Recuperado de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10-1002/gps.v26.3/issuetoc>
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en el adulto mayor. **Rev Med Chile**, **139** (8), 1006-1014. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n8/art05.pdf>

- Villavicencio, I. y Rivero, R. (2014). Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana 2011. **Revista Científica Alas Peruanas**, **1** (1), 1-12. Recuperado de: [revis-tas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/422/326](http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/422/326)
- Wagner, J., Gerstorf, D., Hoppmann, C. y Luszcz, M. A. (2013). The nature and correlates of self-esteem trajectories in late life. **Journal of Personality and Social Psychology**, **105** (1), 139-153. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23627746>
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. **Ciencia y Enfermería**, **XII** (2), 53-62. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>