

EVALUACIÓN CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL WHOQOL-BREF EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN EDIFICIOS MULTIFAMILIARES EN GUADALAJARA, JALISCO

María Elena Flores Villavicencio*,
Rogelio Troyo Sanromán,
Martha Cruz Ávila,
Guillermo González Pérez
y Armando Muñoz de la Torre.

Resumen

El objetivo de este estudio consistió en evaluar la calidad de vida en el adulto mayor que vive en edificios multifamiliares en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, mediante el Whoqol-Bref. Se evaluaron a 333 adultos mayores, utilizando el instrumento de calidad de vida Whoqol-Bref (2000), la escala General Health Questionnaire, Goldberg (1996), y un instrumento de las condiciones de la vivienda. Los resultados obtenidos sobre la percepción de la calidad de vida en relación a su vivienda, demostraron que aunque existieran elevados porcentajes en las dimensiones: Salud Física (87,9%), Ambiente (85,8%), Relaciones Social (79,2%) y Salud Psicológica (72,0 %) que reflejaban en el 60,1% de los adultos mayores una buena calidad de vida, se identificaron adultos mayores (13,2%) insatisfechos por las condiciones de su vivienda, aumentando (41,7%) la insatisfacción y mala calidad de vida en relación a la edad ($p=0,05$), existiendo adultos mayores (46,8%) que consideraban su salud regular y en un 34,2% como buena. Con estos datos se puede inferir que la calidad de vida está condicionada por la satisfacción de los adultos mayores en relación a las condiciones de la vivienda, a la edad y su estado de salud física y emocional propias del proceso de envejecimiento.

Palabras clave: calidad de vida, adultos mayores, edificios multifamiliares, whoqol-bref.

Key words: quality of life; seniors; multifamily buildings; whoqol-bref.

Introducción

En este siglo XXI en México, se han experimentado cambios demográficos, que han provocado la necesidad de desarrollar programas y políticas de salud específicas para la población envejecida, dirigidas 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).

El uso del concepto de calidad de vida ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos, e investigadores, la principal razón es que no existe un término que englobe el concepto por su connotación subjetiva. En base a esta dificultad la OMS (1994) propuso una definición en función de la manera en que el individuo percibe su posición en la vida: "Es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses", todo ello matizado por: su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales; no se ha de tener en cuenta el monto absoluto o relativo de los ingresos, sino el grado de satisfacción que proporcionan esos ingresos, tampoco se tomará en cuenta el número de

* María Elena Flores Villavicencio, Centro de Estudios de Salud y Desarrollo, adscrito al Departamento de Ciencias Sociales, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara, México

E-Mail: marlencillaz7@hotmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 179-192

© 2013 Fundación AIGLE.

horas de sueño, pero sí se tomará en cuenta todo problema que se le plantee al individuo con relación a él mismo (OMS, 1994 citado en Casado, 2001, p. 167).

Así surge otro concepto de calidad de vida, propuesto por Browne y cols. (1996) quien 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 establecido 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).

Delgado (1998), define 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).

Fernández Ballesteros, (1998) estableció una serie de lineamientos que determinaban el término de calidad, refiriéndola a “ciertos atributos o características de un objeto particular”, mientras que el término vida lo conceptualiza en un término más amplio que “envuelve a los seres humanos” (p. 57).

En referencia a este concepto de calidad de vida propuesto por Fernández-Ballesteros, Maya (2003) explicó, la necesidad de que el concepto de calidad de vida contenga elementos subjetivos o sea la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social y factores culturales. Por ello “la evaluación de la calidad de vida tiene que contemplar una visión multidimensional, con componentes subjetivos y objetivos en la operacionalización de sus distintas condiciones y dimensiones” (p.1).

Igualmente Yanguas, (2006, citado en Molina, Meléndez, y Navarro, 2008 p. 313) sostiene que la calidad de vida es un concepto multidimensional, que comprende componentes objetivos y subjetivos además de un número diverso de ámbitos de la vida que refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de la vida considerados más importantes para algunas personas que para otras.

En este mismo sentido, Terol y cols. (2000) leído en la publicación de Molina (2008), indica que existe

un acuerdo en cuanto a que la calidad de vida, como constructo, debe evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado, y por otro, a la subjetividad de quién informa, es decir, tal y cómo el paciente los percibe (p. 313).

Respecto a cómo es considerada la calidad de vida en la población adulta mayor, el primer concepto ha sido el propuesto por Fernández-Ballesteros (1998) quien señaló una serie de componentes teóricos y empíricos que parecen determinar la calidad de vida y son las siguientes: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educaciones (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estos ingredientes o condiciones se mencionaron como esenciales para la calidad de vida en la tercera edad y no variaron según el sexo, edad o estado social de los entrevistados (p. 59-60).

Aunque Fernández -Ballesteros (1998) consideraba a la calidad de vida como un concepto complejo, y difícil de definir en términos de funcionalidad. Determinó que sí es posible establecer una característica principal, su multidimensionalidad, es decir, la calidad de vida, como la vida misma., cuenta con ingredientes múltiples, es más, la calidad de vida en la vejez depende del contexto o las circunstancias en las que vive la gente, además del estilo de vida (en casa o en las instituciones) y de las condiciones personales (la edad y el sexo) (p. 57).

Centrándose el concepto de calidad de vida del adulto mayor, en relación con el proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro, dentro de su propia historia de interacciones significativas, con la participación del medio social, considerándose como un ser social, se concreta que la calidad de vida del adulto mayor resulta dependiente no solo del componente biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de la representación social que tiene en una sociedad (Krzemien, 2001, p. 3).

En la sociedad actual, el adulto mayor gradualmente ha perdido poderes y derechos que lo han marginado, creándose una serie de estereotipos negativos de este grupo. Se lo considera como persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones. Esta situaciones han llevado al anciano, y en la mayoría de los casos a la familia, a aplicar alternati-

vas como la institucionalización, que por las condiciones negativas que suele presentar, no permiten que el adulto mayor tenga adecuada calidad de vida y por ende satisfactorias condiciones de bienestar (Fernández-Ballesteros, 1997). Al relacionar el bienestar del adulto mayor con otras variables como la autoestima, la personalidad y con determinantes sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad etc.) se podría intervenir para favorecer la presencia de una óptima salud y una adecuada integración social. (Izal y Montorio, 1993).

Por lo tanto la calidad de vida en el adulto mayor va a depender de las oportunidades y de las formas en cómo transcurre la vida. No sólo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula el adulto mayor, cómo lo hace, dónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta, etc. (Rotondi, 2001).

Siguiendo esta perspectiva Torres, Quezada, Rioseco, y Ducci (2008) analizaron a la calidad de vida desde un enfoque de la salud, llegando a un concepto que les permitiera considerarla como un “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).

En este mismo sentido, Darnton (1995) indica que definitivamente la calidad de vida del adulto mayor, está determinada por la valoración que ellos hacen del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y por el funcionamiento social, psíquico y físico, y en definitiva de la valoración global de su salud y de su enfermedad.

En la investigación realizada sobre la salud del adulto mayor, Verdugo (2002) estableció que la población adulta mayor es la más susceptible a presentar una salud más quebradiza, con enfermedades físicas y emocionales asociadas al proceso de envejecimiento que influyen significativamente en los niveles de calidad de vida y que a su vez dependen del contexto externo.

Posteriormente, el Programa de Salud Mental de la OMS, en el Foro Mundial de la Salud de 1996, definió la calidad de vida como: “La manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; todo ello matizado por las dimensiones (facetas): físico (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológico (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida

diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales)” (Orley, 1996, citado en Cardona, 2003, p. 24).

Por lo tanto la salud mental de los adultos mayores (Heikkinen, 2004) es considerada, no sólo como la ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social, especialmente en los adultos mayores de edades más avanzadas. Cuando se deteriora, se ven afectados por estados emocionales, como el estrés y la depresión, y por estados más graves como desordenes mentales severos, tales como demencias y trastornos de personalidad. (Citado en Fragoeiro, 2012, p. 182).

Los estudios realizados sobre calidad de vida en adultos mayores pobres (Groot y Albala, 2004; Raugh, 2008, citados en Torres, 2008) se han centrado en identificar el impacto de las condiciones externas e internas de la vivienda y del medio ambiente que, de alguna manera, pudieran ser consideradas como indicadores que reflejan las condiciones socio-demográficas y de salud del adulto mayor, dentro de un proceso histórico social cambiante.

La relación existente entre habitabilidad, entendida como una meta de bienestar, involucra, además del hecho físico de la vivienda, el ambiente sociocultural y el entorno. En el Programa de las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos se señala que la habitabilidad se vincula a las características y cualidades del espacio, entorno social y medio ambiente que contribuyen singularmente a dar a la gente una sensación de bienestar personal y colectivo e infunden la satisfacción de residir en un asentamiento determinado; las aspiraciones a la habitabilidad varían de un lugar a otro, cambian y evolucionan en el tiempo y difieren según las poblaciones que integran las comunidades (Zulaica, 2008, p.131).

En la actualidad, la problemática de habitabilidad en la zona metropolitana de Guadalajara, se ha visto incrementada por la crisis económica que afecta a todo el país. Núñez y Álvarez (2009) concluyeron, en su estudio realizado en la ciudad de Guadalajara con respecto a la vivienda, que la creciente e incontrolable multiplicación de los grandes desarrollos habitacionales de interés social en la zona conurbana en los últimos años, se ha caracterizado por producir patrones peligrosos de asentamientos, por no ser suficientemente sustentables para garan-

tizar una buena calidad social, económica y ambiental, como consecuencia de la insuficiencia de servicios y equipamientos.

Siguiendo con Núñez y Álvarez (2009) también consideraron que, con la construcción de los conjuntos habitacionales, se logra satisfacer en parte las necesidades de la población, con respecto a la vivienda, pero no en lo referido a su calidad de vida y de salud, ya que de alguna manera, la vivienda debe ser un espacio vital que tiene por objeto brindar protección, bienestar y comodidad, elementos necesarios para tener una mayor calidad de vida funcional en la realización de las actividades cotidianas de la vida.

Las problemáticas primordiales detectadas en las viviendas construidas en unidades habitacionales (Isla, 2003) son: los espacios reducidos, el tipo de construcción vertical, poco funcionales y carentes de los elementos esenciales de salud como: la ventilación, iluminación, el acceso por escaleras. Estas características de la vivienda, además de la condición socioeconómica de esta población, deberán ser consideradas por las políticas y programas socio habitacionales del estado. Así mismo, en los estudios realizados por García-Viniegras y González (2000) sobre las condiciones de la vivienda, se identificaron las condiciones de ventilación, los espacios reducidos, iluminación, mantenimiento de la estructura y hacinamiento como indicadores determinantes de los altos índices de trastornos emocionales y graves enfermedades infecciosas.

En los resultados del estudio realizado por Korc,(2005) se concluyó: que las condiciones de las viviendas modernas, han sido reconocidas como una de las principales determinantes de la salud humana, que podrían estar afectando la salud de millones de personas, en especial a las poblaciones más pobres y más vulnerables, entre los más recurrentes son los niños y los adultos mayores, porque pasan la mayor parte del tiempo en la vivienda. Aquí las autoridades aún no han reconocido debidamente la magnitud del problema, debido a que el tema de vivienda se trata de manera limitada, enfocándose principalmente en la casa como un ambiente físico, sin tomar en cuenta el hogar, el entorno y la comunidad, mientras que las políticas de vivienda tienen un enfoque sustancialmente financiero, sin tomar suficientemente en cuenta componentes sociales como la salud de la población (p.1)

Las viviendas multifamiliares por lo general no están adaptadas al estado físico y psicológico del adulto mayor, que progresivamente se irá agravando a través del paso del tiempo, por las condiciones de infraestructura de la vivienda, como son los espacios reducidos, el acceso con escaleras, baños en malas condiciones, dormitorios y cocinas reducidos,

ambos espacios carentes de ventilación e iluminación. Esto aumenta el riesgo de accidentes, como son caídas, quemaduras, intoxicaciones, enfermedades respiratorias y trastornos de ansiedad, estrés y depresión. El tipo de construcciones actuales en espacios reducidos son los que contribuyen poderosamente en agravar la situación en salud, como por ejemplo, el desaseo, el hacinamiento, mala alimentación y la existencia de malos hábitos y costumbres de salud, que ocasionan altos índices de enfermedades infecciosas (Korc, 2005).

El objetivo de este trabajo es evaluar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, en relación con las condiciones de la vivienda, y de la salud, con la finalidad de redefinir las dimensiones que determinan la calidad de vida.

Método

Participantes

Se realizó un censo entre enero y mayo de 2009, visitando a las viviendas de edificios multifamiliares para detectar adultos mayores de 60 años y más, que vivieran definitivamente en esos edificios. Se seleccionaron 5 unidades habitacionales que contarán con un antigüedad mayor de 20 años, (La unidad habitacional de Villas de San Juan, El Sauz, Mario de la Cueva., Unidad Infonavit Independencia y Unidad Habitacional Plutarco Elías Calles), proporcionadas 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. Se detectaron a un total de 422 adultos mayores de los cuales solamente participaron un total de 333 adultos mayores quienes contestaron los instrumentos del estudio.

Instrumentos

Se les aplicaron 3 instrumentos de evaluación: para obtener la información sobre las condiciones de infraestructura y de salud de la vivienda, se tomaron como referentes para este instrumento los indicadores establecidos por el reglamento de construcción del Ayuntamiento, en Jalisco.

El cuestionario de salud general (General Health Questionnaire. Goldberg y Williams 1996) es un cuestionario para evaluar salud auto percibida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Permite evaluar niveles de salud mental (auto percibido en individuos o grupos de riesgo), y la efectividad de medidas de promoción de salud y protección de enfermedad.

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

Procedimiento

Una vez seleccionados los edificios multifamiliares en los cuales se realizaría el estudio, se visitaron cada una de las viviendas, para identificar la estancia de algún adulto mayor. Una vez ya detectado, se les proporcionó información sobre la finalidad 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. Los criterios de inclusión delimitados para el estudio fueron: ser adultos mayores de 60 años, que estuviera en condiciones físicas y psicológicas adecuadas para poder responder a los instrumentos, o tener más de 10 años viviendo en la unidad multifamiliar, considerando que su estancia en la vivienda fuera definitiva y no temporal,

La información obtenida por los instrumentos de evaluación fue procesada en una base de datos en el programa de Excel para su análisis estadístico con el programa SPSS para Windows, que incluyó 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

En relación al género, los resultados fueron que de los 333 adultos mayores evaluados, $N = 270$ (81,08%) fueron mujeres y $N = 63$ (18,91%) fueron hombres. La edad promedio de las mujeres fue de 69,03 años de edad y de los hombres 70,29 años. Respecto al estado civil se identificó que 61,5% de las mujeres y 36,7% de los hombres aun seguían estando casados, hubo un porcentaje de 42,6% de viudos y 19,0% de viudas, 58,5% de adultos mayo-

res solo realizaron la primaria y 17,7% se mantenían analfabetas.

Respecto a la variable ocupación en relación al género, en el momento del estudio, ya no realizaban ninguna actividad laboral (50,08%) en los hombres, y el (83,3%) de las mujeres 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 ($p < 0,000$).

El tiempo promedio que tenían los adultos mayores de estar viviendo en las unidades multifamiliares, fue de 10 años y más. La ubicación de la vivienda en el edificio, en la mayoría (53,4%) de los adultos mayores estaba ubicada en la planta baja, aunque también se encontró en un 14,1% de la población evaluada, la vivienda en el tercero y cuarto piso.

Algunas de las características relevantes de la vivienda que el adulto mayor consideraba inadecuadas fueron el tipo de acceso y condiciones del piso, aunado a estas condiciones el adulto mayor consideró la importancia de la iluminación natural que entra por las ventanas, para su salud, aspecto calificado por la mayoría de la muestra evaluada (83,5%) como inadecuada. Se hacía referencia a que esto se debía al tamaño pequeño de las ventanas. Además manifestaron el 94,6% de adultos que se carecía de una adecuada iluminación artificial, porque solo se contaba con un foco en cada espacio de la vivienda y en ocasiones esto les parecía insuficiente, dificultándoles desarrollar actividades visuales.

Con respecto a la satisfacción con la vivienda y la vida, se le realizaron varias preguntas cuestionando qué tan satisfecho se sentía en relación con su vivienda, identificándose que el 43,5% de los adultos mayores mencionaron estar satisfechos con la vivienda y en el 50,5% se mostraron muy satisfechos con su vida, sin embargo en el 13,2% de la población expresaron sentirse insatisfechos con su vida y en el 12,6% con la vivienda (ver Figura 1).

Datos que se complementaron con los resultados obtenidos de la satisfacción general que los adultos mayores expresaban en relación de su vivienda y con su vida (media = 43,58, desviación típica = 9,3 para mujeres y media = 43,3, desviación típica = 9,8 para hombres) lo que determinó que, independientemente del género, casi siempre los adultos mayores se encuentran insatisfechos por su vida y por las condiciones de su vivienda

Con respecto a la satisfacción que presentaron los adultos mayores sobre su salud, se les realizó una pregunta: ¿Qué tan satisfecho está con su salud?, demostrándose porcentajes considerables de adul-

Figura 1. Distribución en porcentaje de la satisfacción que manifiesta el adulto mayor respecto a su vivienda y con su vida dentro de la vivienda. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009)



tos mayores (31,2%) con insatisfacción respecto a su salud, de igual manera se identificó que en un 44,7% de adultos mayores ellos mostraban estar satisfechos con su salud, aunque sí se manifestó una diferencia significativa en función al género ($p = 0,09$).

Puntualizando respecto a la percepción que manifestó el adulto mayor respecto a su salud física, se realizó una segunda pregunta ¿Cómo consideraba su salud física actualmente?, los resultados obtenidos nos permitieron identificar que la salud en ese momento del estudio era considerada para un 46,8% de los adultos mayores como regular y en un (34,2%) como buena, y la preocupación que manifestaban sobre su enfermedad, fue el de presentar daños funcionales y físicos en un (88,0%), siendo un porcentaje menor a los que solamente les preocupaba presentar daños mentales. (Ver Figura 2).

La percepción que manifestó el adulto mayor sobre su salud, fue fortalecida con los resultados obtenidos de la Escala de Salud General, donde se arro-

jaron datos que permitieron identificar que un alto porcentaje (66,3%) de adultos mayores expresaban tener una salud mental estable y solo en un 33,3% de ellos presentaban una salud mental alterada.

Esta escala de salud se clasificó la alteración del mental, en seis dimensiones: Malestar en general, Disturbios de sueño, Autovaloración, Problemas sociales, Ansiedad y Depresión severa (Ver Figura 3), demostrando una variabilidad en sus resultados, hallando porcentajes altos 42,3% de adultos mayores con alteración en su salud mental a consecuencia de disturbios en el sueño, y en un 31,2 % se relacionan con los problemas sociales, seguido de un 28,8% de malestar general. También se evidenciaron porcentajes bajos en lo relacionado (7,8%) con el área de malestar general, y (4,5%) el área de depresión severa.

Cabe resaltar que la Salud mental en relación al género, se encontró que los hombres presentaban mas alteración en su salud mental en relación a las áreas: de malestar general, disturbios de sueño,

Figura 2. Distribución en porcentaje de cómo el adulto mayor ¿Considera su salud física actualmente? Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009)

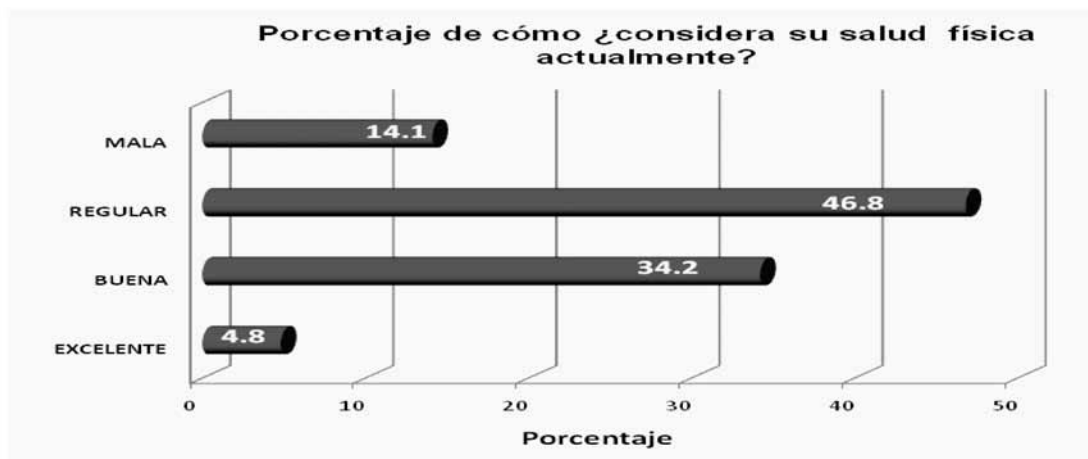
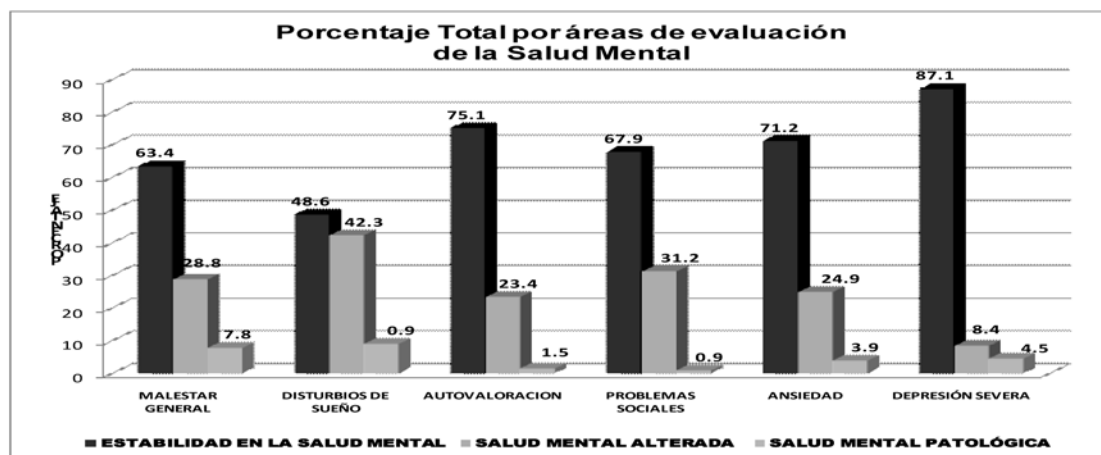


Figura 3. Distribución en porcentaje por áreas de evaluación de la Salud Mental en el adulto mayor clasificado en tres niveles: estabilidad de la salud mental, salud mental alterada y salud mental patológica. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009)



problemas sociales, ansiedad y depresión severa, a diferencia de las mujeres que solo presentaron un porcentaje alto en depresión severa. Aunque no se observó una asociación estadísticamente significativa entre las áreas de salud mental por género, que pudiera determinar que los hombres presentan peor salud mental que las mujeres.

Para evaluar la percepción de la Calidad de vida en el adulto mayor, se hizo una pregunta global: ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?. En relación a su vida en la vivienda, los resultados arrojaron un alto porcentaje de (60,1%) de adultos mayores que señalaron que su calidad de vida era buena a pesar de las condiciones de la vivienda, y solo el 17,7% de ellos remarcaron que su calidad de vida era regular,

porque consideraban que les faltaban condiciones de vivienda adecuadas. Un porcentaje menor (5,7%) manifestó tener muy mala calidad de vida.

En la calidad de vida en relación al género, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, sin embargo se identificó que los adultos mayores de más de 80 años (41,7%) presentaron muy mala calidad, y el grupo de 66 a 70 años (23,4%) manifestaron tener muy buena calidad de vida, esto muestra que a más edad, menos calidad de vida, según manifiestan los adultos mayores (ver Figura 4).

En la figura 5 se detallan los resultados de las cuatro dimensiones que evalúan la calidad de vida: salud física, psicológica, relaciones sociales y am-

Figura 4. Distribución de porcentajes de la Calidad de vida en relación a grupos de edad. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009)

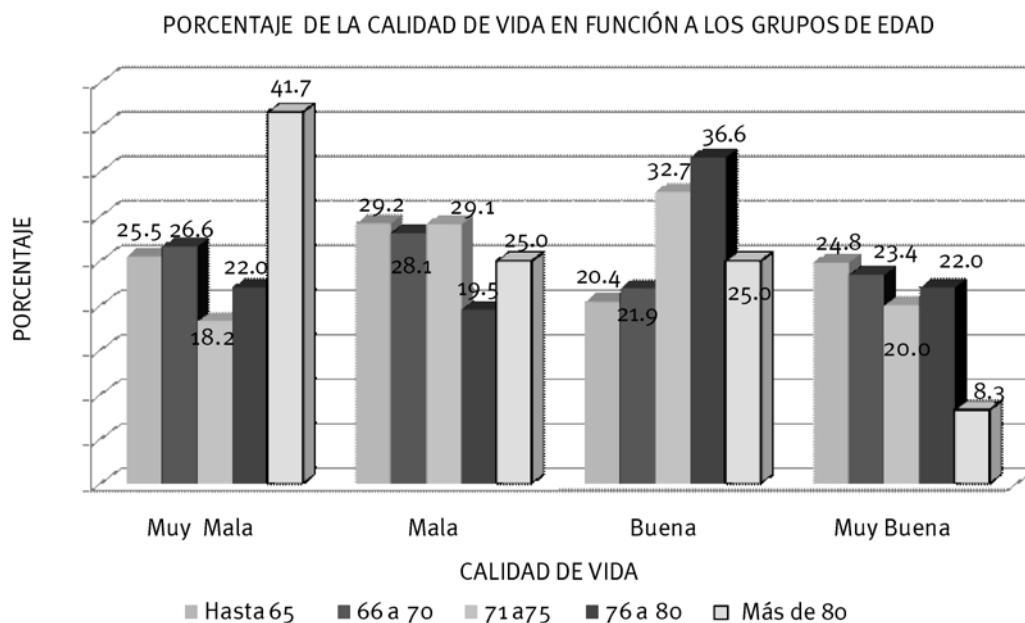
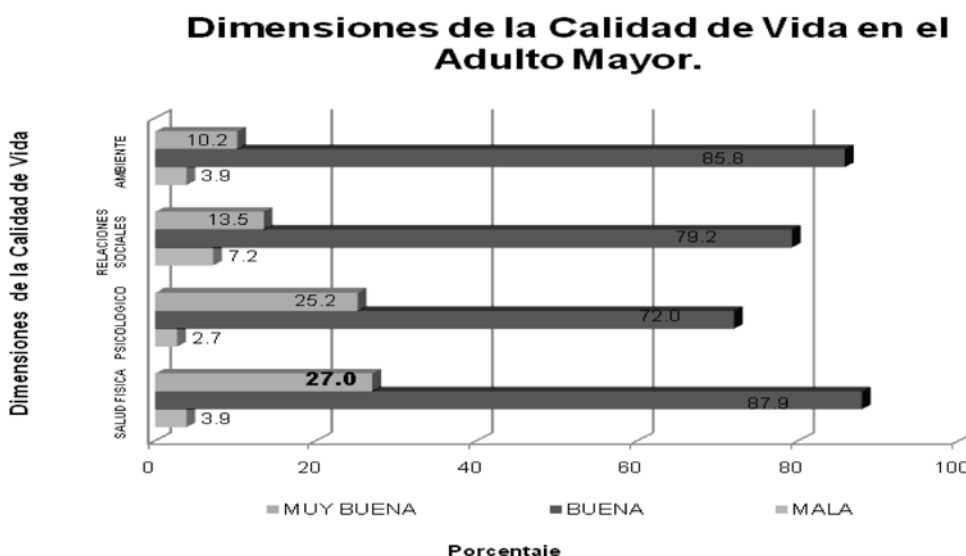


Figura 5. Distribución de porcentajes totales de las dimensiones: Ambiente, Relaciones Sociales, Psicológica y Salud Física, que evalúan la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009)



biente. En todas ellas se obtuvieron altos porcentajes, en relación a una buena percepción de la calidad de vida, mostrando bajos porcentajes de adultos mayores que referenciaban percibir 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 diferencia significativa en la dimensión de ambiente ($p = 0,04$).

En la Figura 6 se muestra la relación de la calidad de vida con la satisfacción de la vivienda, Se identificó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,002$) en un 16,1% de los adultos mayores, con

estos resultados se determina que aunque la percepción del adulto mayor sobre su calidad de vida sea buena, ellos se sienten insatisfechos con las condiciones de su vivienda. Semejantes resultados se obtuvieron en relación con la calidad de vida y la satisfacción con su vida, demostrándose una significancia estadísticamente significativa de ($p = 0,005$), en el 14,9% de los adultos mayores, quienes manifestaron estar insatisfechos con su vida dentro de su vivienda, aunque expresaban tener buena calidad de vida.

En la Tabla 1, se muestran las odd ratio (OR) las cuales revelaron la probabilidad de la asociación de

Figura 6. Distribución de porcentajes totales de la relación de la calidad de vida con la satisfacción de las Condiciones de la vivienda. Fuente: elaboración propia, Flores-Villavicencio, M.E. (2009)

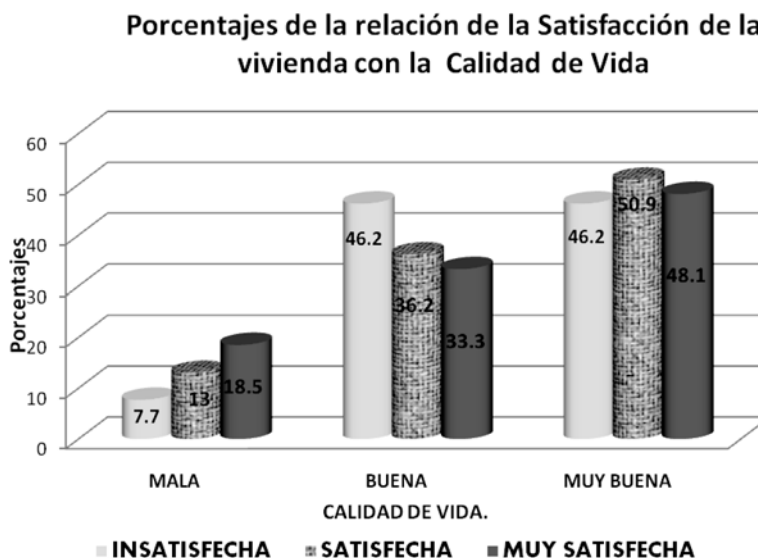


Tabla 1. Condiciones de la vivienda relacionadas con la percepción de la calidad de vida buena / muy buena

	P	OR	IC
TIPO DE ACCESO			
Escaleras	0,242	1,38	0,78-2,43*
Piso desnivelado	0,269	2,23	0,41-11,02*
Acceso directo	0,146	0,66	0,37-1,20
UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EN EL EDIFICIO			
Planta baja	0,971	1,01	0,58-1,76
Primer piso	0,885	1,06	0,44-2,47
Segundo piso	0,921	1,03	0,52-2,05
Tercer piso a mas	0,481	1,36	0,53-3,40*
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA			
Espacios adecuados de la vivienda	0,444	1,43	0,54-4,01
Espacios inadecuados de la vivienda	0,772	1,22	0,25-5,08
Iluminación natural de la vivienda	0,104	1,99	0,81-5,07*
Iluminación artificial de la vivienda	0,363	1,98	0,42-12,9
Ventilación adecuada de la vivienda	0,585	1,20	0,59-2,40
Ventilación inadecuada de la vivienda	0,521	1,22	0,63-2,34*
ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA			
Adecuada	0,629	0,88	0,50-1,53
Inadecuada	0,629	1,14	0,65-1,98
MANTENIMIENTO DE LA VIVIENDA			
Adecuada	0,299	1,50	0,66-3,48
Inadecuada	0,299	0,67	0,29-1,51
HIGIENE DE LA VIVIENDA			
Adecuada	0,0235	0,55	0,31-0,96
Inadecuada	0,0235	1,83	1,05-3,22*

P < 0,05

las condiciones de la vivienda con la calidad de vida en los adultos mayores; con estos datos se demostró que algunas condiciones de la vivienda el tipo de acceso de escaleras (OR 1.38 – IC 0.78-243) y el piso desnivelado (de la vivienda (OR 2.23 – IC 0.41-11-02), tienen una mayor tendencia significativa ($p < 0.05$), porque son las que tienen una mayor probabilidad de provocar que no se mantenga una buena y muy buena calidad de vida en el adulto mayor, por las dificultades locomotoras y de salud propias de la edad, y estas condiciones son las más probables para provocarles accidentes físicos. Esto origina que el adulto mayor se salvaguarde en su vivienda, manteniéndose inactivo en sus demás actividades cotidianas.

La ubicación, el acceso y la iluminación, así como la higiene del edificio multifamiliar, deben reducir el riesgo de lesiones físicas (como las provocadas por

las caídas, y de la presencia de diferentes infecciones), que a su vez repercuten de manera directa con la calidad de vida buena y muy buena. El valor de la OR reveló que la probabilidad de que estas condiciones de la vivienda como son estar ubicadas en tercer y cuarto piso (OR: 1.36 – IC: 0.53-3.40), repercuten más en la calidad de vida, buena que las viviendas que se ubican en el primero y segundo piso.

Una de las condiciones que demostró tener alto probabilidad de asociarse a la calidad de vida fue lo relacionado a la higiene de la vivienda tanto interna como externa. Esto es considerado como uno de los problemas con mayor urgencia, a pesar de que se tengan espacios interior y exterior adecuados o anti-higiénicos y desordenados, se vio una tendencia de ancianos (OR: 1.83; IC: 1.05-3.22) con alta calidad de vida, buena y muy buena que viven en condiciones de higiene inadecuadas.

Con respecto a la percepción de la calidad de vida buena y muy buena, está asociada a la percepción de la salud. Los adultos mayores que manifestaron tener una percepción de salud excelente y buena, señalaron tener mejor calidad de vida, relación que presentó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), en comparación con los adultos mayores que consideran tener una regular o mala percepción de su salud.

La preocupación del adulto mayor sobre las consecuencias que pueden provocar la enfermedad que padece. Con el valor de la OR se identificó una tendencia a interferir (OR: 1.47; IC: 0.85-2.57) con calidad de vida buena y muy buena, preocupándoles más presentar daños físicos, (con asociación signi-

ficativa ($p < 0.05$) que daños psicológicos, refiriendo que su calidad de vida sería mala si perdieran la capacidad de caminar o moverse (ver Tabla 2).

En la Tabla 3, se identifican las variables que predicen tener más relación con la calidad de vida, siendo el indicador de la variable de datos generales que reflejó mayor relación con la calidad de vida el tipo de estudios, tanto del adulto mayor como de los familiares de los mismos. Esta condición contribuía a mejorar su calidad de vida y por ende repercutiría en tener una mejor vivienda, aunque los indicadores de las condiciones de la vivienda son los que reflejaron tener mayor impacto en la percepción la de la calidad de vida como son: el acceso mediante es-

Tabla 2. Percepción de la salud relacionadas con la percepción de la calidad de vida: buena / muy buena

	P	OR	IC
PERCEPCIÓN DE SU SALUD			
Excelente	0,004	3,95	1,29-12,13*
Buena	0,002	2,26	1,29-3,98*
Regular	0,039	0,57	0,32-1,01
Mala	0,006	0,21	0,05-0,75
Salud mental patológica	0,159	0,00	0,00-2,83
Alteración de la salud mental	0,000	0,21	0,09-0,47
Salud mental sana	0,000	5,38	2,37-12,69
QUE LE PREOCUPA DE SU ENFERMEDAD			
Daño físico	0,145	1,47	0,85-2,57*
Daño funcionales	0,121	0,65	0,37-1,16
Daños psíquicos	0,885	1,06	0,44-2,47

* $P < 0,05$

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

Variables	Indicadores
Datos generales	Tener estudios
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.
Variables relacionadas con la salud	Percepción de Excelente y buena salud la salud No presentar daños físicos, funcionales y psíquicos No presentar Problemas de salud, como padecer enfermedades crónicas Malestar General Disturbios de Sueño Ansiedad

Nota. Solo en la tabla se muestran los indicadores de todas las variables evaluadas que tienden a influir en la calidad de vida del adulto mayor

caleras, una vivienda limpia iluminada y, más que nada, su continuo mantenimiento.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta población de adultos mayores que habitan en unidades multifamiliares con respecto a su calidad de vida, mostraron 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 tener 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 su calidad de vida.

Resultados comparables con los datos obtenidos en el estudio de Corrales, Tardón, y Cueto (2000) quienes señalan también la importancia del bajo nivel de estudios, el vivir solo y el contar con un ingreso económico, son indicadores determinantes para la valoración del adulto mayor respecto a su estado funcional y la calidad de vida, así como los estudios anteriormente realizados por Izal y Montorio, (1993) y Fernández-Ballesteros, (1998) donde se 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 mayor parte de los adultos evaluados en el estudio, percibieron su calidad de vida como buena, pero también expresaron insatisfacción con su calidad de vida con respecto a las condiciones de su vivienda, en relación al lugar donde está ubicada la vivienda en el edificio y en lo referente con su propia vida. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Verdugo (2002) quien demostró que cuando la salud del adulto mayor es más quebradiza por consecuencia del propio proceso de envejecimiento influyen significativamente con los niveles de calidad de vida en relación a su vivienda y a su vida misma. Posteriormente Kroc (2005) enfatizó que las condiciones de la vivienda son consideradas de alguna manera indicadores que influyen en la salud física y mental del adulto mayor que, a su vez, son consecuencias del propio proceso de envejecimiento y que influyen significativamente con los niveles de calidad de vida en relación a su vivienda y a su vida misma. Influyen además otros factores, tales como el ser pobres y maltratados.

En este estudio se observó la importancia que tiene el mantener una buena calidad de vida en relación con las condiciones de la vivienda y salud del

adulto mayor que, a su vez, está caracterizada por un conjunto de indicadores que son reflejo de la satisfacción que expresó el adulto mayor en relación con su vida y con su vivienda. Este hallazgo fue anteriormente identificado en el estudio realizado por Isla (2003) en donde reporta que las condiciones de una vivienda saludable, son consideradas como indicadores que reflejan la pertenencia a un contexto social y de salud satisfactorio.

Las condiciones de la vivienda como: espacios reducidos, acceso mediante escaleras, pisos desnivelado, iluminación y ventilación insuficientes, repercuten indirectamente en los estados de salud física y emocional. Datos similares a los obtenidos fueron reportados en los estudios realizados por Isla (2003), Torres, Quezada, Rioseco, y Ducci (2008) y Núñez y Álvarez (2009), ellos señalaron que las condiciones de las viviendas, en relación a los espacios, accesos y estructuras, deben tener áreas suficientemente amplias para una convivencia cómoda y sana, con una buena iluminación y ventilación, de lo contrario puede ocasionar un aumento en el riesgo a contraer enfermedades infecciosas y síntomas de estrés, ansiedad, depresión y comportamientos no saludables. Datos relevantes se obtuvieron en los estudios realizados. Anteriormente Korc (2005) identificó que las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como uno de los principales determinantes de la salud humana. Un sinnúmero de infecciones respiratorias agudas bajas, diarrea, infecciones intestinales, enfermedades como el chagas, dengue y malnutrición, etc. son atribuibles a las condiciones de la vivienda.

Otro de los indicadores de la vivienda que resultaron tener mayor tendencia para asociarse a la buena y muy buena calidad de vida en los adultos mayores son: el contar con una adecuada higiene de su vivienda y de un mantenimiento adecuado interno de su vivienda como externo del edificio, que en ocasiones no dependía de ellos, sino de algún familiar o bien del arrendador del edificio. Datos también identificados en el estudio de Maya (2003) sobre la calidad de vida y la salud del adulto mayor, demostraron que la salud física y mental se ve afectada por las condiciones en las que vive la gente dentro de su vivienda, y del estilo de vida que tiene en ella, y estas, a su vez, se relacionan con condiciones personales como la edad y el sexo.

Una contribución realizada por Korc (2005) referente a la vivienda como determinante de la salud, fue que señaló que los adultos mayores y los niños son la población más susceptible a presentar alteraciones en la salud, porque son los que pasan mayor parte del tiempo en la vivienda, como en los estudios anteriormente realizados por García-Viniegras (2000) señalan que las condiciones de las viviendas

contribuyen en los altos índices de trastornos emocionales y graves enfermedades infecciosas.

A pesar de las condiciones de la vivienda de los adultos mayores, solo un porcentaje considerable manifestó una salud alterada y la mayoría presentó una estabilidad en su salud, propiamente en las dimensiones de malestar general, disturbios de sueño y problemas sociales, que indirectamente se relaciona con la presencia de una buena y muy buena calidad de vida. Respecto a estos resultados se revisó una contribución importante que hace Heikkinen (2004), citado en Fragoeiro, 2012) respecto a estado de salud de los adultos mayores en donde señala que el adulto mayor de edades más avanzadas manifiesta más estados emocionales como el estrés y la depresión y en los casos más severos, la alteración a la salud se manifiesta con demencias y trastornos de personalidad, que contribuyen al deterioro en la calidad de vida.

Conclusiones

Este estudio fue una de las primeras investigaciones que se ha realizado en la ciudad de Guadalajara, aunque ya se han desarrollado en otros países como España, -Cataluña-, Colombia, y Chile, -Santiago-, entre otras. En esos lugares también lograron identificar la relación que existe entre las condiciones de la vivienda con la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida y salud dentro de la misma.

Con la aplicación del instrumento WHOQOL-BREF, 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.

Con los datos de esta investigación se proyecta construir una línea de investigación, que permita crear una escala que pudiera ser utilizada de manera universal, para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores en relación con sus condiciones sociales y de salud. Para lograr esta acción habría que aplicar este instrumento a una población de adultos mayores más amplia.

Actualmente ya se está trabajando en colaboración con otros cuerpos académicos de Colombia y Chile, para que aplique este instrumento en adultos mayores con las mismas condiciones de vivienda, todo ello con la finalidad de realizar comparaciones entre diferentes países y culturas, y validar el instrumento específicamente en esta población y la

relación de la calidad de vida con las condiciones de la vivienda.

Se hace necesario seguir realizando investigaciones transculturales, para establecer indicadores de prevención en la población adulta mayor planteadas en base a dos posturas:

La primera es considerar el carácter conceptual de la calidad de vida, desde diferentes perspectivas: de especialistas y organismos institucionales, como así también desde diferentes disciplinas. De ahí la existencia de múltiples definiciones del concepto, que permitan abarcar la naturaleza compleja del término y establecer un concepto de calidad de vida propia a la población de adultos mayores bajo condiciones de riesgo social y de salud.

La segunda postura es crear estrategias que partan de las políticas de construcción de viviendas y desarrollo urbano que los gobiernos emprenden. Es recomendable, un gran nivel de participación y acción por parte de la comunidad, aplicable específicamente en los conjuntos habitacionales de nueva creación con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida en relación a la vivienda de la población de adultos mayores,

BIBLIOGRAFIA

- Browne, J.R., O'Boyle, C.A., McGee, H.M., Joyce, C.R.B., McDonald, N.J., O'Malley, K., y 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.
- Cardona, D., Estrada, A., y Agudelo, HB. (2003). *Envejecer nos "Toca" a todos. Caracterización de algunos componentes de Calidad de Vida y de condiciones de Salud de la población Adulta Mayor*. Medellín: Facultad Nacional De Salud Pública. "Héctor Abad Gómez".
- Casado, J.M., González, N., Moraleda, S., Orueta, R., Carmona, J., y Gómez, R.M. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en Atención primaria. *Atención Primaria*. 28,167-173.
- Corrales, F. E., Tardón G.D., y Cueto E.A. (2000) Estado funcional y Calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*, 12 (002), 171-175.
- Darnton, H. I. (1995). El Envejecimiento con Salud y la Calidad de la Vida. *Forum Mundial de la Salud* 16 (4), 381-391.
- 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. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. Colegio Oficial de Psicólogos. Spain. Autonomy University of Madrid, *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Fragoero, I., Pestana, M.H., y Paúl, C. (2007). La salud mental en los ancianos de la Región Autónoma de Madeira: Estudio piloto. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007 Dic. [Citado 2012 Feb. 15]; 18(4): 23-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400004&lng=es.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud General GHQ*. Barcelona: Masson.
- García-Viniegras, C.R.V. y González, B.I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-92.
- Isla, B.M.V., De Gatica, A., y 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](http://www.centrourbal.com/.../14_20071151120_R10P1-03A-dt6-spa.pdf)
- Korc, E. M. (2005) *Vivienda Saludable: Enlace entre la Investigación y las Políticas Públicas*. Caracas, Venezuela: Organización Panamericana de la Salud. OPS-OMS –PWR.
- Krzemien, D. (2001). Calidad de Vida y Participación Social en la Vejez Femenina. Ponencia presentada en la IV Reunión de Antropología del MERCOSUR. Curitiba, Brasil. [En línea]. Consultado: [noviembre 2010]. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/BrasilSituacionAM.htm
- Lucas, C.R.(2007). Cuestionarios genéricos WHOQoL. *Manual Separ de procedimientos* (pp.16-22), Barcelona España: Publicaciones Pemaner.
- Maya, S.L.H. (2003). Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Costa Rica. [En Línea]. Consultado: [septiembre 2006]. Disponible en: www.funlibre.org/documentos/lemayaz.htm.
- Molina, S.C., Meléndez, M. J. C., y Navarro, P.E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. España; *Anales de Psicología*, 24 (2), 312-319.
- Núñez, M.B. y Álvarez, C.D. (2009). El Desarrollo sustentable y los nuevos esquemas habitacionales. *Estudios Jaliscienses*, 75, 21-31.
- Rotondi, G. (2001). Envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de sectores de pobreza. *Revista con Ciencia Social Nueva Época*. [En línea]. Consultado: [septiembre 2001]. Disponible en: www.consultoriasocial.com.ar/artipobreenvejec.htm.
- Torres, H.M., Quezada, V.M., Rioseco, H.R., y 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.
- Verdugo Alonso, M.A. (2002). Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. En R. Pérez Gil (Ed). *Hacia una cálida vejez: calidad de vida para la persona mayor con retraso mental* (pp.: 79-100) Colección FEAPS/Nº 3. Madrid.
- 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>.
- Zulaica, L., y Celemin, J. (2008). Análisis territorial de las condiciones de habitabilidad en el periurbano de la ciudad de Mar del Plata (Argentina), a partir de la construcción de un índice y de la aplicación de métodos de asociación espacial. *Rev. Geogr. Norte Gd*, 41, 129-146.

Recibido: 14-10-11

Aceptado: 15-2-12

Abstract: The objective of this study was to evaluate the quality of life in the elderly living in multi-family buildings in the metropolitan area of Guadalajara Jalisco by Whoqol-Bref, assessed 333 seniors using the instrument of quality of life Whoqol-Bref (2000), the General Health Questionnaire scale, Goldberg (1996), and an instrument of the housing conditions. Results obtained on the perception of the quality of life in your home, showed that although there were higher percentages in the dimensions: health physics (87.9%), ambient (85.8%), social relations (79.2%) and health psychological (72.0%) reflecting the 60.1% of older adults a good quality of life, identified older adults (13.2%) unsatisfied by their housing conditions increasing (41.7%) dissatisfaction and poor quality of life at the age ($p = 0.05$), exist seniors (46.8%) considered their health regularly and in a 34.2% as good. These data can be inferred that the quality of life is conditioned by the satisfaction of older adults in relation to the housing conditions, to the age and State of physical and emotional health of the aging process.