

Funcionalidad, regulación emocional, automedicación y empoderamiento de la salud en la persona adulta mayor

Erik Francisco *Martínez-Cobos*,¹ <https://orcid.org/0009-0009-4504-1459>

Ana Laura *Carrillo-Cervantes*,¹ <https://orcid.org/0000-0003-2920-4675>

Isaí Arturo *Medina Fernández*,¹ <https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>

Luis Carlos *Cortez González*,¹ <https://orcid.org/0000-0002-1655-0272>

Josué Arturo *Medina Fernández*,² <https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

Reyna *Torres Obregón*¹ <https://orcid.org/0000-0002-3386-4775>

¹Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. México. ²Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. México

Correspondencia: anacarrillo@uadec.edu.mx (Ana Laura Carrillo Cervantes)

Resumen

Objetivo principal: Analizar la fuerza de relación de la funcionalidad, la regulación emocional, la automedicación y el empoderamiento de la salud de las personas adultas mayores de Torreón Coahuila. Metodología: Estudio cuantitativo, transversal con diseño descriptivo, correlacional, con muestreo no probabilístico. Se contó con una muestra de 147 personas adultas mayores de Torreón Coahuila. Los instrumentos utilizados fueron: Cédula Sociodemográfica, Índice de Barthel, Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, Escala de Prácticas en Automedicación y Escala de Empoderamiento sobre la Salud. Resultados principales: Edad promedio de 68.8 años, la mayoría son mujeres, casadas y consideran su estado de salud regular. Se encontró que a mayor empoderamiento en salud mayor es la funcionalidad ($r=0.203^*p<0.5$) y menor la automedicación ($r=-0.222p<0.5$). Conclusión principal: el empoderamiento en salud de las personas adultas mayores se relaciona con la funcionalidad y las conductas de automedicación.

Palabras clave: Anciano. Estado funcional. Regulación emocional. Automedicación. Empoderamiento.

Functionality, emotional regulation, self-medication and health empowerment in older adults

Abstract

Objective: Analyze the strength of the relationship between functionality, emotional regulation, self-medication and health empowerment of older adults in Torreón Coahuila. Methods: Quantitative, cross-sectional study with a descriptive, correlational design, with non-probabilistic sampling. There was a sample of 147 older adults from Torreón Coahuila. The instruments used were: Sociodemographic Card, Barthel Index, Difficulties in Emotional Regulation Scale, Self-Medication Practices Scale and Health Empowerment Scale. Results: Average age of 68.8 years, the majority are women, married and consider their health status to be regular. It was found that the greater the empowerment in health, the greater the functionality ($rs=0.203^*p<0.5$) and the lower the self-medication ($rs=-0.222p<0.5$). Conclusions: Health empowerment of older adults is related to functionality and self-medication behaviors.

Keywords: Aged. Functional status. Emotional regulation. Self medication. Empowerment.

Introducción

En México cerca del 14% de la población son personas adultas mayores (PAM), lo que equivale a 17,9 millones de personas. Este porcentaje es similar al reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con un 12%, además se prevé que para 2030 una de cada seis personas estará en dicha etapa, lo que representará el 22% a nivel mundial.¹ Este cambio sociodemográfico es producto de la disminución de la

mortalidad y la fecundidad, aumento de la esperanza de vida, así como de los avances tecnológicos y de salud.

El envejecimiento es un proceso progresivo y ajustable, que se distingue por menguar la reacción de homeostasis, debido a los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, motivados por los cambios propios de la edad y desafíos que enfrenta la persona en el medio que la rodea.²

Dentro de los cambios biológicos a los que se enfrenta están, la pérdida de funcionalidad, dependencia por problemas

de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas emocionales o físicos, lo que hace necesario el apoyo por el resto de su vida. Aunado a esto, la mayoría se enfrenta a pérdidas de familiares, amigos o conocidos o cambios en su rol social por jubilación, lo que se refleja en la mayoría de las ocasiones en un descenso en su economía. Todos estos factores pueden ocasionarles alteraciones en la conducta y en su salud mental.

La funcionalidad o capacidad funcional es el primer indicador de salud de la PAM y se evidencia por la capacidad de tener movilidad, satisfacer necesidades básicas, tomar decisiones y contribuir a la familia y a la sociedad. Por lo tanto, es necesario favorecerla para menguar las limitaciones posibles, ya que, por ejemplo, en Coahuila la pérdida severa de esta se incrementa a partir de los 65 años y la total a partir de los 80,³ afectando su salud emocional.

En este sentido, la regulación emocional, es una herramienta para manejar las emociones, mantener la funcionalidad y conservar la salud, favoreciendo el envejecimiento saludable. Se puede definir como la competencia de manejar las emociones de forma oportuna, donde se toma conciencia de la cognición y el comportamiento, ayudando a la PAM a reconocerse, a percibir las respuestas emocionales y reconocer cada emoción que experimenta; también en saber que situaciones provocan emociones comprometidas y que esta puede ser una herramienta para moderarlas.⁴ Por el contrario, si esta competencia emocional no se regula durante el envejecimiento, la PAM puede padecer hasta en un 14% trastornos mentales, donde destacan ansiedad, depresión y estrés.⁵

La evidencia científica demuestra que la regulación emocional puede potenciarse o aumentar durante el envejecimiento, sin embargo, los prejuicios alrededor de esta etapa, al igual que la afectación de la salud mental y física de la persona adulta mayor puede impactarla, afectando así su capacidad funcional.⁶ Asimismo, la regulación emocional y la dependencia funcionalidad pueden afectar la conducta de la persona adulta mayor, como es el caso de la automedicación, la cual se define como el consumo de medicamentos no establecidos por el médico, además se puede recaer en el abuso de un medicamento, uso desmedido intencional y puede provocar efectos perjudiciales en la salud mental o física.⁷ Esta tendencia se suele presentar modificando la dosis establecida por el médico o el consumo sin una previa indicación por un profesional de salud.⁸

La automedicación es considerada un constructo muy profundo y multicausal, que se presenta en un 80% de la población en México, ya sea para prevenir una enfermedad física o mental, menguar sus síntomas e inclusive buscar curarla.⁹ Dentro de las tres principales afecciones de salud que provocan la automedicación, están el dolor osteomioarticular, cefalea y constipación, reportando así mismo, que los medicamentos de mayor consumo son los antiinflamatorios no esteroideos, laxantes y antiácidos. Mostrando efectos adversos en un corto o largo plazo, provocados por la toxicidad, adicción, enmascaramiento de la enfermedad e incluso la muerte.^{10,11}

Finalmente, los medicamentos han caído en la cultura del abuso y la desinformación, por lo que resulta imperante el empoderar al paciente, lo que refleja un área de oportunidad del profesional de enfermería.¹² El empoderamiento de la salud es el desarrollo por el cual un individuo logra mejor

vigilancia de su salud, con acciones y decisiones compartidas.¹³

El presente estudio planteó el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad, regulación emocional, automedicación y empoderamiento de la salud de la persona adulta mayor de Torreón, Coahuila, México.

Método

Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional, transversal. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se calculó la muestra a través del programa G*Power para correlación a dos colas con un 0,3 de tamaño del efecto, una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%, obteniendo una muestra de 134 PAM más un 10% de tasa de no respuesta, dando un total de 147 adultos mayores sin deterioro y sin diagnóstico previo de depresión.

Para evaluar las características de la muestra se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y de salud, además de una encuesta de nivel socioeconómico.¹⁴

En cuanto a la variable de funcionalidad se midió con el índice de Barthel, el cual evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria, las cuales son: baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias (traslado cama-sillón), desplazamiento, subir/bajar escalones, continencia urinaria, continencia fecal y alimentación. Su puntuación total oscila entre 0 a 100, y a mayor puntaje, mayor capacidad para funcionar de forma independiente. Tiene una buena confiabilidad y validez, ya que cuenta con un Alfa ordinal de ,98.¹⁵

La regulación emocional fue medida a través de la escala de dificultades en la regulación emocional, en su versión abreviada DERS-15. Esta versión cuenta con 15 ítems agrupados en 6 dimensiones: claridad, metas, impulsividad, estrategias, no aceptación y conciencia. Se responde a través de escala tipo Likert, de casi nunca (1) a casi siempre (5). Para efecto de esta investigación se obtuvo una sumatoria total, donde a mayor puntaje, mayor dificultad de la regulación emocional (DRE); se estableció la categorización de los puntajes de la siguiente manera: 15-26 muy baja DRE, 27-38 baja DRE, 39-50 promedio DRE, 51-62 alta DRE y 62-75 muy alta DRE. Esta versión mostró un alto índice de confiabilidad con un Alfa de Cronbach de ,90.¹⁶

Para medir la variable de automedicación se usó la escala de prácticas de automedicación. La cual mide las prácticas de dicha conducta por parte de la población en general, está constituida por 35 ítems, medidas con escala tipo Likert que va desde nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), casi siempre (4), y hasta siempre (5), interpretándose que, a mayor puntaje, mayor responsabilidad de prácticas de automedicación. Está constituida por cuatro escalas y cuatro subescalas, que son: responsabilidad en la automedicación, autoconsumo de medicamentos, autoconsumo de hierbas medicinales y medios de comunicación y espacios sociales en la automedicación. Cuenta con un valor adecuado de KMO (0.814) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\alpha < 0.05$).¹⁷

En cuanto a la variable de empoderamiento de la salud, se utilizó la escala de empoderamiento sobre la salud para adultos mayores. Cuenta con ocho ítems y cada una de las preguntas cuenta con escala de Likert de cinco puntos, siendo la puntuación más alta la de cinco (fuertemente de acuerdo) hasta uno (fuertemente en desacuerdo). Las siete áreas de

propiedades que evalúa son: Autocontrol, Autoeficacia, Solución de problemas, Afrontamiento psicosocial, Apoyo, Motivación y Toma de decisiones. Se obtiene un puntaje total, el cual da como resultado que a mayor puntaje mayor empoderamiento relacionado con la salud. Tiene una consistencia interna de Alpha de Cronbach de 0.89.¹⁸

Antes de la recolección de datos se sometió al comité de ética de la Universidad Autónoma de Coahuila contando con una resolución favorable con el folio FAENUS-CEI-ME-2023-19 y del comité de investigación con el folio FAENUS-CI-ME 2023-28. Asimismo, se apegó en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud basado en la aplicación del consentimiento informado, respetar dignidad, privacidad y libertad de retirarse del estudio. El procesamiento de la información de los datos se realizó en el programa Statistic Package for the Social Science (SPSS) de Windows versión 26. El plan de análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva. Posteriormente se determinó la normalidad de las variables continuas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, utilizando pruebas no paramétricas al tener una distribución no normal ($p < 0.05$).

Para dar respuesta al objetivo general, se emplearon las pruebas de correlación de Rho de Spearman.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 147 adultos mayores, la edad promedio fue de 68.8 años ($DE = 6,7$). La escolaridad promedio fue de 8,2 años ($DE = 5,1$), en promedio viven en su hogar con 2 personas ($DE = 2$). Predominó el sexo femenino con el 68% ($f = 100$) y 51,7% eran casadas ($f = 76$). Respecto a su ocupación el 75,5% no trabaja ($f = 111$), dentro de los cuales el 43,6% son pensionados y jubilados ($f = 66$) (tabla 1). Dentro de las características de salud el 40,1% ($f = 59$) refiere que es regular, la mayoría asisten al médico una vez al mes con el 45,6% ($f = 67$) (tabla 2). En cuanto al nivel socioeconómico el 31,3% ($f = 46$) se encuentran en un nivel bajo.

Tabla 1. Características Generales de los Participantes

| | Características | f | % |
|--------------|-------------------|-----|------|
| Sexo | Mujer | 100 | 68 |
| | Hombre | 47 | 32 |
| Estado Civil | Casado(a) | 76 | 51.7 |
| | Viudo(a) | 34 | 23.1 |
| | Soltero(a) | 21 | 14.3 |
| | Divorciado(a) | 12 | 8.2 |
| | Unión Libre | 4 | 2.7 |
| Trabaja | No | 111 | 75.5 |
| | Si | 36 | 24.5 |
| Religión | Católica(a) | 129 | 87.8 |
| | Cristiano(a) | 12 | 8.2 |
| | Testigo de Jehová | 4 | 2.7 |
| | Otra | 2 | 1.3 |

Nota: f= frecuencia; % = porcentaje; n=147.

Tabla 2. Características del estado de salud

| Características | f | % |
|------------------------------|----|------|
| Estado de Salud | | |
| Muy bueno | 23 | 15.6 |
| Bueno | 55 | 37.4 |
| Regular | 59 | 40.1 |
| Malo | 7 | 4.8 |
| Muy malo | 3 | 2 |
| Padece un Diagnóstico Médico | | |
| Si | 88 | 59.9 |
| No | 59 | 40.1 |
| Servicio Médico | | |
| IMSS | 89 | 60.5 |
| INSABI | 28 | 19 |
| ISSSTE | 16 | 10.9 |
| Otro | 12 | 8.2 |
| Magisterio | 2 | 1.4 |
| Frecuencia a Consulta Médica | | |
| Una vez al mes | 67 | 45.6 |
| Una vez cada tres meses | 7 | 4.8 |
| Dos veces al año | 20 | 13.6 |
| Una vez al año | 36 | 24.5 |
| Otra | 17 | 11.6 |

Nota: f= frecuencia, % = porcentaje, INSABI= Instituto de Salud para el Bienestar; ISSSTE= Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Respecto a la funcionalidad según Barthel se obtuvo la mayoría de población (82,3%; $f = 121$) son catalogados como independientes, seguido de la dependencia leve con un 10, 2% ($f = 15$) y dependencia moderada con un 7,5% ($f = 11$). Por otra parte, en la regulación emocional predominó el rango muy baja DRE con 76,9% ($f = 113$), seguido del rango baja DRE 15% ($f = 22$), el rango promedio DRE 5,4% ($f = 8$) y finalmente el rango alto de DRE 2,7% ($f = 4$). Haciendo un análisis por ítem y dimensión, los más afectados son el ítem uno (Claridad) con 14,9%, seguido del ítem 15 (Consciencia) y cuatro (Impulsividad) con el 7,5%. Al contrario, los ítems con menor dificultad fueron el ítem 13 (Impulsividad) en un 94,5%; seguido del número ocho (Impulsividad) y 14 (Metas) ambos en un 92,5%.

Otro elemento central de los resultados es la automedicación, con una media del puntaje total de 82,4; siendo la escala de responsabilidad en la automedicación la de mayores prácticas con una $\bar{X} = 40,8$, seguida del Autoconsumo de medicamentos $\bar{X} = 22,3$, después el Autoconsumo de hierbas medicinales ($\bar{X} = 15,6$) y finalmente los Medios de comunicación y espacios sociales en la automedicación ($\bar{X} = 3,3$).

Desde la perspectiva del empoderamiento de la salud, la población tiene una $\bar{X} = 32$, con una $DE = 9,3$ y mediana de 36. Por su parte, el valor mínimo fue de 9 y máximo de 40. Es necesario resaltar que las PAM cuentan con mayor empoderamiento de la salud en el área Toma de decisiones (ítem 8), Autocontrol (ítem 1) y Afrontamiento (ítem 4) con un 97,3%, 84,3% y 77,5%. Se encontró una relación débil entre el empoderamiento de la salud con la funcionalidad y automedicación, es decir, a mayor empoderamiento en salud mayor funcionalidad ($p < 0.05$) y menor automedicación ($p < 0.05$) (tabla 3).

Tabla 3. Relación de edad, funcionalidad, RE, AM y ES

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------------|---|-------|-------|-------|---------|
| 1.Edad | 1 | -.092 | .060 | -.062 | -.139 |
| 2.Funcionalidad (Barthel) | | 1 | -.002 | -.157 | .203* |
| 3.Regulación Emocional (DERS-15) | | | 1 | .125 | -.136 |
| 4.Automedicación (EPA) | | | | 1 | -.222** |
| 5.Empoderamiento de la Salud (EES) | | | | | 1 |

Nota: * Correlación significativa en el nivel 0.05, ** Correlación significativa en el nivel 0.01.

Discusión

La mayor parte de las PAM fueron mujeres, casadas, pensionados o jubilados. Los resultados obtenidos reportan que las PAM tienen baja regulación emocional y que practican la automedicación, predominando que además de consumir medicamento alopático consumen hierbas medicinales, las cuales se difunden de manera indiscriminada en medios de comunicación y espacios sociales. Además, se encontró que cuentan con empoderamiento en salud el cual se relaciona con la funcionalidad y las conductas de automedicación.

En cuanto al perfil sociodemográfico de los participantes; la mayoría son mujeres, casadas y profesan el catolicismo; esto es característico de la población adulta mayor mexicana, ya que a nivel nacional se reporta que el 53 % son casados y católicos 78%.^{19,20}

Según la OMS la funcionalidad es el mejor indicador de salud para los adultos mayores, los resultados encontrados en esta investigación muestran que la mayoría de la población es funcional (82,3%), lo cual coincide con lo reportado por Díaz (98%). Lo anterior confirma la necesidad de que los profesionales de enfermería implementen estrategias de promoción de la salud y que de manera anticipada eviten que los adultos mayores desarrollen dependencia en las ABVD.

Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. INEGI (sitio web), 2022.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
- Gutiérrez Robledo, Luis Miguel y Kershenobich Stanilnikowitz, David (Coord.). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, 2015 (3ra ed.).
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814354/Envejecimiento_y_salud_3a_edicion.pdf
- Sistema de información estratégica en salud, dependencia funcional y envejecimiento. Panorama del envejecimiento poblacional, dependencia funcional y mortalidad en Coahuila de Zaragoza. México: CONAHCYT. 2020.
<http://saludyenvejecimiento.inger.gob.mx:3000/indicadores>
- Monroy-Rojas A; Contreras-Garfía M.E.; García-Jiménez M.A.; García-Hernández M.L.; Cárdenas-Becerril L.; Rivero-Rodríguez L-F. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. Enfermería Universitaria. 2016; 13(1):25-30.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.005>.
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores. OMS (sitio web), 2023.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Espinosa Barria, Mauricio; Paz Mora, María; Mendoza, Felipe; Shencke, Carolina. XIII Congreso: Estilos de apego y dificultades de regulación emocional: repercusiones en la salud del adulto mayor. Universidad Autónoma de Chile. 2018.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27173.35044>
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, 2017.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5490830&fecha=19/07/2017#gsc.tab=0
- Calderón Carlos; Soler Franklin; Pérez-Acosta Andrés. El Observatorio del Comportamiento de Automedicación de la Universidad del Rosario y su rol en la pandemia de covid-19. Revistas Ciencias de la Salud. 2018; 18(2): p1-8.

En cuanto a la RE en su puntaje total se encontró una baja DRE con 76,9% (f=113), seguido del rango bajo 15% (f=22), el rango promedio 5,4% (f=8) y finalmente el rango alto 2,7% (f=4), lo cual es similar a lo reportado por Orgeta (77,84)²² y Saedi (95,80).²² Sin embargo, se encontraron diferencia de las dimensiones afectadas, lo autores antes mencionados refieren las Estrategias y la No aceptación como las de mayor dificultad.^{23,24} Dicha capacidad de comprender, aceptar y modular los estados emocionales en busca de comportamientos dirigidos a objetivos. El uso efectivo de estrategias para la regulación emocional permite un mejor bienestar psicológico y un mejor funcionamiento de las PAM.

En cuanto a la automedicación, las personas adultas mayores reconocen el efecto de dicha práctica. La automedicación fue recomendada por consejo de un familiar o conocido y también refieren que la practican por la información publicitaria por distintos medios de comunicación.²⁵ Respecto a la ES se encontró que la mayoría de los sujetos encuestados tienen un adecuado ES, a diferencia de lo reportado por Shin y Mi²⁶ y Kyungmi y Lim,²⁷ en donde se mostró un menor nivel de empoderamiento. Dicha diferencia podría deberse a que la población en estos estudios padecía enfermedad coronaria y percibían su salud como insalubre, además de las diferencias culturales.

Conclusiones

La mayor parte de las PAM fueron mujeres, casadas, pensionados o jubilados. Los resultados obtenidos reportan que las PAM tienen baja regulación emocional y que practican la automedicación, predominando que además de consumir medicamento alopático consumen hierbas medicinales, los cuales consumen por verlos en medios de comunicación y en espacios sociales. Además, se encontró que cuentan con empoderamiento en salud el cual se relaciona con la funcionalidad y las conductas de automedicación.

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/9254>.

9. Alba, LA. La automedicación puede enmascarar y agravar enfermedades (video). GACETA UNAM (sitio web), 2021.

<https://www.gaceta.unam.mx/la-automedicacion-puede-enmascarar-y-agravar-enfermedades/>

10. Ávila Peña Youdesley; Mariño Cano Héctor; Peña Pérez Ladis; Pérez Pérez Taycia. Automedicación en el adulto mayor. Consultorio médico de la familia # 15, Jesús Menéndez, Cuba. Más Vida. Revista Ciencias de la Salud. 2018; 2(2):60-67. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0011>

11. Anabel de la Rosa-Gómez; Alejandrina Hernández-Posadas; Pablo David Valencia; Daniel Arturo Guajardo-Garcini. Análisis Dimensional De La Escala De Dificultades En La Regulación Emocional (DERS-15) En Universitarios Mexicanos. *Evaluar*. 2021; 21 (2), 80-97. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v21.n2.34401>.

12. The Lown Institute. Medication Overload: America's Other Drug Problem. Brookline, 2019.

<https://lowninstitute.org/wp-content/uploads/2019/08/medication-overload-lown-web.pdf>

13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. 2011. URL https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011#gsc.tab=0

14. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Nivel socioeconómico. AMAI (sitio web), 2022.

https://www.amai.org/descargas/Nota_Metodologico_NSE_2022_v5.pdf

15. Duarte-Ayala Rocío Elizabeth, Velasco-Rojano Ángel Eduardo. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horiz. sanitario*. 2022; 21(1): 113-120. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592022000100113&lng=es. Epub 26-Mayo-2023. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>.

16. De la Rosa-Gómez A; Hernández-Posadas A; Valencia PD; Guajardo-Garcini DA. Análisis dimensional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-15) en universitarios mexicanos. 2021; 21(2):80-97. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v21.n2.34401>

17. Véliz-Rojas, Lizet Helena. Automedicación y adherencia terapéutica como determinantes del control integral de enfermedades cardiovasculares. Universidad de Concepción. 2014. <https://repositorio.udec.cl/items/94dccb53-75ac-4f4f-8d51-800e2ec35a09>

18. Serrani Azcurra Daniel. Escala de Empoderamiento sobre la Salud para Adultos Mayores. Adaptación al español y análisis psicométrico. *Colombia Médica*. 2014; 45(4):178-185. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342014000400007&lng=en.

19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama de las religiones en México 2020. INEGI (sitio web), 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/889463910404.pdf

20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del 14 de febrero. INEGI (sitio web), 2024. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_14F.pdf

21. Velasco Hernández Betsabe Ximena; Salamanca Ramos Emilce; Velasco Páez Zulma Johana. Funcionalidad de los adultos mayores de los Centros Vida de Villavicencio –

Colombia. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2019; 16(3):70-79. <https://doi.org/10.22463/17949831.1556>

22. Díaz Amador Yanetsy. Evaluación de la funcionalidad y el grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Revista Cubana Enfermería*. 2020;36(3):e3100. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3100.pdf>

22. Orgeta Vasiliki. Emotion dysregulation and anxiety in late adulthood. *Journal Anxiety Disord* 2011; 25(8):1019-23. <https://10.1016/j.janxdis.2011.06.010>

23. Saeidi, Narges; Mojgan Lotfi; Mohsen Akbarian; Ahmad Saeidi; Alireza Salehi. A Comparative Study on Emotion Regulation of Older and Younger Adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2021; 16 (3) :412-425 <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2175-en.html>

24. Vergara Waldo; Armijo Jorge; Solís Gilda; Campalans Eliette, Moya Yanneth. Automedicación en clubes de adulto mayor de la ciudad de Valparaíso. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2014;18(3): 274-285. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2014.33977>

25. Segura-Cano S. Uso de medicamentos por parte de personas mayores durante 2018-2019 en Goicoechea, Costa Rica. *Rev. OFIL.ILAPHAR*. 2021. (first online). <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/65982ddd-89de-4f4a-87e2-25bcfb328a29>.

26. Shin, Sun-Hwa; Mi Hwa Won. Influence of Health Literacy on Physical Activity and Sedentary Behaviors in Older Patients with Coronary Artery Disease. *Western journal of nursing research*. 2025; 47(1): 24-32. <https://10.1177/01939459241297394>

27. Kyungmi Lee; Lim Semi. The effects of health empowerment and social support on health promotion behavior in older adults: A cross-sectional study. *J Korean Gerontol Nurs*. 2022; 24(4):433-440. <https://10.17079/jkgn.2022.24.4.433>