

Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014

Quality profile of life of the elder adult of the elder adult centers at Chaclacayo and Chosica districts, Lima, Peru, 2014

Levis Alfaro, Joan Jennyfer; Castillo Curi, Frank y Villa Casapino, Elena
EP. Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión

Recibido 10 de setiembre del 2015-Aceptado 26 de noviembre del 2015

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue determinar la calidad de vida en personas adultas mayores que residen en los centros del adulto mayor, de los distritos de Chaclacayo y Chosica. En cuanto a la metodología corresponde al diseño no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo. Se utilizó el muestreo por conveniencia, con criterios de inclusión y exclusión, el grupo de participantes fue 112 personas, 49 varones (43,8%) y 63 mujeres (56,3%). Se utilizó la Escala de Calidad de Vida FUMAT de Verdugo, Gómez, y Arias (2009). Los resultados que se encontraron fueron los siguientes: con respecto al perfil de calidad de vida el 83 % de los adultos mayores presentan calidad de vida promedio. Es decir, en la dimensión bienestar emocional presentó el 71,4%, en la dimensión de relaciones interpersonales el 64,3%, en la dimensión bienestar material 92%, en la dimensión desarrollo personal 77%, en la dimensión bienestar físico 55%, en la dimensión de inclusión social 74,1% evidencian calidad de vida promedio. En la dimensión autodeterminación el 61,6 % tiene bajo nivel de calidad de vida y, en la dimensión derecho, presenta calidad de vida mayor al promedio con 79%. En conclusión, el presente estudio señala que los adultos mayores, residentes en los Centros de Reposo de Chaclacayo y Chosica, tienen una calidad de vida promedio en las siete dimensiones estudiadas. No así en los resultados de calidad de vida en las dimensiones de derecho (mayor al promedio) y autodeterminación (menor al promedio).

Palabras clave: Calidad de vida, adulto mayor.

Abstract

The aim of the present study was to determine the quality of life in elderly adults residing in the centers of the older adult of the districts of Chaclacayo and Chosica. As for the methodology corresponds to the non-experimental design, cross-section and descriptive scope. The sample consisted of 112 people, 49 males (43.8%) and 63 females (56.3%), using convenience sampling, with inclusion and exclusion criteria. We used the FUMAT Quality of Life Scale of Verdugo, Gómez, and Arias (2009). The results found were as follows: with respect to the quality of life profile, 83% of the elderly presented an average quality of life. That is, in the dimension emotional well-being presented 71.4%, in the dimension of interpersonal relationships 64.3%, in the material welfare dimension 92%, in the personal development dimension 77%, in the physical wellness dimension 55%, In the social inclusion dimension 74.1% show an average quality of life. In the self-determination dimension, 61.6% have a low level of quality of life and in the right dimension, they present a higher than average quality of life with 79%. In conclusion, the present study indicates that the older adults living in the Rest Centers of Chaclacayo and Chosica have an average quality of life in the seven dimensions studied. Not so in the results of quality of life in the dimensions of right (higher than average) and self-determination (lower than average).

Keywords: Quality of life, elderly.

Correspondencia al autor:
email: jeni_love_13@hotmail.com, frankcastillocuri@gmail.com

Introducción

La población mundial está envejeciendo a pasos muy acelerados, se estima que entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta que sobrepasan los 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%, en números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2014).

El hecho de que la población anciana vaya aumentando, deriva en la necesidad de poder elaborar planes de acción para la atención adecuada y necesaria en los ámbitos de la salud, el social y el económico. Bajo este contexto, y debido a los cambios importantes que se asocian al proceso de envejecimiento, es importante conocer la calidad de vida en esta etapa. Es este el principal interés en el área de la salud, pues es la percepción más importante del bienestar en los ancianos. Sin embargo, la calidad de vida no está solo enfocada en este aspecto, también incluye los factores sociales, económicos y personales. Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento, durante esta etapa, se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que la persona realiza durante el transcurso de su vida (González Celiz & Padilla, 2006).

Para Palomba (2002) el concepto de calidad de vida es un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida "objetivas", un alto grado de bienestar "subjetivas" y también incluye la satisfacción colectiva de las necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

En las tres últimas décadas, el concepto de la calidad de vida ha ido adquiriendo gran importancia e interés dentro del campo de la investigación, la práctica de los servicios públicos, privados, educativos y sanitarios. Todos los esfuerzos y desarrollos, llevados a cabo durante estos últimos 30 años, han permitido que el concepto de la vida con calidad haya evolucionado desde una noción sensibilizadora hasta convertirse en un agente de cambio social. Así, la calidad de vida en la actualidad es un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, organizaciones, políticos y financiadores que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios para mejorar su calidad de vida (Verdugo, Gómez, & Arias, 2009).

La vida de las personas mayores está llena de cambios que frecuentemente van asociados con enfermedades

y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que las personas mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Los primeros intentos por mejorar las condiciones de vida del adulto mayor estaban dirigidos al análisis de sus habilidades, memoria y aprendizaje. Del mismo modo, las primeras investigaciones se centraban en lograr la adaptación a la vejez y la jubilación, posteriormente se comenzó a examinar el nivel de la actividad y satisfacción con la vida misma, comenzando de este modo el verdadero objetivo de mejorar la calidad de vida en esta etapa del ciclo vital. Actualmente hay estudios que se dirigen a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la calidad de vida que influyen en su bienestar (Verdugo, Gómez, & Arias, 2009).

Reyes (2004) menciona que el 80% de los elementos que se desarrollan con la calidad de vida son la autonomía física y psicológica, atención y cuidados de la salud, actividades de ocio, fuentes de apoyo en base. También mencionan que el medio ambiente del hogar contribuye, de manera positiva, a la superación de las crisis de pérdida de autonomía, identidad y pertinencia.

En el ámbito nacional, Vera (2007) refiere que en Lima Metropolitana donde hay cuatro representaciones sociales del adulto mayor, las cuales se encuentran en emergencia tales como: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor, b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor, c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida y d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida y que para el adulto mayor calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas, como ser social, sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Mientras que para la familia, el significado de calidad de vida fue que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

Refieren que la calidad de vida es un término relacionado con el bienestar psicológico y emocional, el estado de salud. Remarcando, de manera puntual, que los que se consideran relevantes para la calidad de vida son el: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Garduño & Salinas, 2005). La calidad de vida, en relación al envejecimiento, plantea retos, pues en este contexto de cambios se enfatiza el poder

lograr el bienestar y una vida de calidad que no solo involucre a los adultos mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad (Ramírez, 2008). En tal sentido, el estudio tuvo como objetivo evaluar el perfil de calidad de vida del adulto mayor de los centros del adulto mayor de los distritos de Chaclacayo y Chosica.

Método

El estudio planteado tuvo diseño no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo. Se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional. El grupo de participantes estuvo conformado por un total de 112 personas mayores de 60 años, 50 (44,6%) del centro la Fraternidad de la divina Providencia, 45(40,2%) Casa del Edén, 17(15,2%) Fuente de Amor. Son de género femenino 63 (56,3%), género masculino 49(43, 8%). También se determinó los

grados de dependencia I-(2,7%), II- 95(84,8%), III- 14(12,5). El instrumento utilizado fue la encuesta de calidad de vida "FUMAT", cuyo Alpha de Crombach demuestra su fiabilidad (.816). El cuestionario estuvo dividido en ocho dimensiones: bienestar emocional (ítems 1 al 8), relaciones interpersonales (ítems 9 al 14), bienestar material (ítems 15 al 21), desarrollo personal (ítems 22 al 29), bienestar físico (ítems 30 al 35), autodeterminación (ítems 36 al 43), inclusión social (ítems 44 al 52) y derechos (ítems 53 al 57).

La variable de estudio fue: Calidad de vida: concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con 8 necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida del ser humano, con relación a los indicadores que están definidos como percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión, la cual permite evaluar cuan satisfecha se encuentre la persona en relación a un área específica.

Resultados

Tabla 1

Frecuencia y porcentajes del Percentil Total de Calidad de Vida.

Ítems de valoración	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de vida menor al promedio	4	3,6
Calidad de vida promedio	93	83,0
Calidad de vida mayor al promedio	15	13,4
Total	112	100,0

La tabla 1 muestra que 93 adultos mayores tienen una calidad de vida promedio lo que equivale al 83% de los casos, asimismo se evidencia que 4 adultos mayores (3,6%) tienen una calidad de vida menor al promedio establecido, siendo un porcentaje mínimo. Asimismo, se observa que el 13,4% de las personas adultas mayores, presentan una calidad de vida mayor al promedio.

Tabla 2

Calidad de vida Frecuencia y porcentajes por dimensiones.

		<i>f</i>	%
Bienestar Emocional	Menor al promedio	23	20,5
	Promedio	80	71,4
	Mayor al promedio	9	8,0
Relaciones Interpersonales	Menor al promedio	31	27,7
	Promedio	72	64,3
	Mayor al promedio	9	8,0
Bienestar material	Menor	9	8,0
	Promedio	103	92,0

Desarrollo Personal	Menor al promedio	11	9,8
	Promedio	87	77,7
	Mayor al promedio	14	12,5
Bienestar Físico	Menor al promedio	27	24,1
	Promedio	62	55,4
	Mayor al promedio	23	20,5
Autodeterminación	Menor al promedio	69	61,6
	Promedio		38,4
	Mayor al promedio	43	
Inclusión Social	Menor al promedio	9	8,0
	Promedio	83	74,1
	Mayor al promedio	20	17,9
Derechos	Menor al promedio	2	1,8
	Promedio	31	27,7
	Mayor al promedio	79	70,5

En la tabla 2 se observa, con respecto al bienestar emocional, que el 71,4% de los adultos mayores tienen una calidad de vida promedio, mientras que el 20,5% está por debajo del promedio. En relación a las relaciones interpersonales es el 64,3% está en el promedio establecido de la calidad de vida, asimismo, también se observa que 27,7% está bajo el promedio. En cuanto a la infraestructura del lugar en el cual habitan es el 92% de los ancianos quienes refieren estar satisfechos, lo que quiere decir que indica el promedio establecido. El desarrollo personal indica que el 77,7 y el 12,5% están dentro del promedio y bajo el promedio respectivamente. La dimensión del bienestar físico indica que el 55,4% de los casos ocupan el promedio establecido y que el 24,1% se encuentra con una calidad de vida menor al promedio. Respecto a la autodeterminación, el 61,6% ocupa un resultado inferior al promedio establecido y solo el 38,4% está dentro del promedio adecuado. Quienes se incluyen socialmente son el 74,1%, ocupando el promedio establecido. Con respecto a los derechos el 70,5% de los adultos mayores presentan su calidad de vida por mayor al promedio ya establecido.

Discusión

El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo importancia y gran interés dentro de la investigación, profesión, servicios sociales, educativos y sanitarios durante estos últimos años. La calidad de vida es un

concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida del ser humano, con relación a los indicadores que están definidos como percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión, permitiendo evaluar cuán satisfecha se encuentre la persona en relación a un área específica (Verdugo & Schallock, 2001).

Los elementos que el estudio considera relevante, en la calidad de vida, son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Verdugo, Gómez, & Arias, 2009). Con respecto al perfil de calidad de vida, el 83 % de los participantes presentan calidad de vida promedio. Para Verdugo y Schallock (2001); Schallock, Verdugo, y Arias Martínez (2008) la calidad de vida es entendida como una dualidad subjetiva-objetiva, la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico.

En la dimensión bienestar emocional el 71,4% muestra una calidad de vida promedio, mientras que un 20,5% muestra una calidad de vida menor al promedio, es decir la mayoría manifiesta satisfacción consigo mismo, adecuado autoconcepto y ausencia de estrés. Obiols y Pérez (2012) refieren que el bienestar emocio-

nal es un sinónimo de “bienestar subjetivo”, “satisfacción con la vida” y “la felicidad”. Asimismo, desde una perspectiva complementaria, los apoyos son reconocidos o estimados como el indicador de mayor importancia para establecer un bienestar emocional adecuado, juntamente a la preocupación por el bienestar físico y el análisis del lugar de residencia y apoyo percibido, la investigación hoy en día también se ha centrado en el funcionamiento psicológico y emocional, y en la satisfacción con la vida de los individuos. Por otro lado, 20,5% de los participantes mostraron una calidad de vida menor al promedio respecto al bienestar emocional. En tal sentido, es necesario considerar que los cambios ocurridos, debido al proceso de envejecimiento, repercuten en el estado emocional de la persona y en su satisfacción con la vida (Prieto Flores et al., 2008). Por lo cual, a medida que se avanza en edad se percibiría un menor control sobre los distintos aspectos de su vida, lo que impactaría sobre su bienestar emocional y su calidad de vida. (Schieman, 2001, Citado por Prieto Flores et al., 2008).

Los resultados para la dimensión de relaciones interpersonales el 64,3% está dentro de una calidad de vida promedio, mientras que un 27,7%, que es relevante, está dentro de una calidad de vida menor al promedio, es decir, la mayoría manifiesta interactuar y relacionarse con su entorno y con quienes le brindan apoyo. Esta dimensión abarca el área de la calidad de vida que se refiere al apoyo social recibido o percibido, siendo fuente de motivación para la persona mayor; y, de este modo, hay menos posibilidad que enferme, evitando así la institucionalización que trae como consecuencia su reprensión social y la carencia de apoyo social primario y secundario, limitando el relacionamiento con su entorno (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003). Asimismo, la densidad de la red, hacia las personas mayores, está relacionada con la percepción del apoyo que perciben. Las redes de alta densidad (familiares) producen niveles más elevados de apoyo, asimismo, las redes de densidad baja (amigos, vecinos y profesionales) conducen una mejor adaptación hacia los sistemas de la vida. Entonces, podríamos decir que la densidad de la red de la persona mayor, lo significativo sería la funcionalidad del apoyo (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2005).

Respecto a los resultados, en la dimensión bienestar material, se señala que el 92% de los adultos mayores están dentro de una calidad de vida promedio, es decir, la mayoría muestra satisfacción con el lugar donde vive y su ingreso económico. Rodríguez, Rojo, Fernández, y Ahmed (2009) y Wong, Espinoza, y Palloni (2007) mencionan que las dimensiones que definen a la calidad de vida en las personas de la tercera edad son los recursos económicos, las condiciones de

vida y el bienestar subjetivo, asimismo, concuerdan que el subsidio familiar aumenta con la edad de los adultos mayores. Algunos estudios comparan diferentes opciones de vivienda y sus consecuencias en la calidad del servicio que se presta en las residencias o centros para desarrollar planes de mejora de las mismas. Verdugo, Gómez y Arias (2003) mencionan que el lugar donde se vive y sus características conforman otro componente vital de la calidad de vida de las personas mayores.

En la dimensión de desarrollo personal, el 77% de los adultos mayores están dentro de una calidad de vida promedio, mientras que un 12% tiene una calidad de vida mayor al promedio, es decir la mayoría muestran competencias personales que les permiten resolver problemas cotidianos. Este dato podría estar influenciado por un aspecto sociodemográfico, pues se encontró que 29,5% y 48,2% de los adultos mayores han cursado sus estudios en el nivel primario y secundario respectivamente. Acosta López y Castellano Pérez (2012) mencionan que el 56,6% de las personas mayores, que han cursado el nivel primario y secundario, tienden a mejorar su capacidad de autocuidado, funcionamiento ocupacional y plenitud personal. Este dato concuerda con lo que refiere León (2011) que el crecimiento personal exitoso está basado en la búsqueda de cierto equilibrio en cuatro ejes: lo espiritual, la salud, lo económico, la relación familiar y el entorno, permitiendo conseguir un óptimo estado de salud, vitalidad y motivación personal, asimismo, sirve para poder mejorar las conductas y costumbres, de modo que permite vivir con éxito.

Respecto a los resultados para la dimensión bienestar físico el 55% de los adultos mayores presentan una calidad de vida promedio, mientras que el 24.1% se encuentra con calidad de vida menor a lo establecido, es decir que la mayoría presenta aptitudes físicas, las cuales les brindan cierto confort para poder así realizar actividades de la vida diaria y ocio. Para Carneveli (1988) el bienestar físico se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una serie de eventos. Este resultado es similar a lo encontrado por Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011) quienes refieren que los adultos mayores que se perciben a sí mismos como enfermos tienen un nivel significativamente bajo, en relación a su calidad de vida. Tal como lo afirma Mauk (2008) que, a medida que el ser humano va envejeciendo, los problemas de salud son un determinante fundamental para la calidad de vida, ya que afecta el sentido autoeficacia de las personas de la tercera edad, lo que quiere decir que la aptitud física va reduciéndose o disminuyendo con el correr de los años.

En la dimensión de inclusión social, el 74,1% posee una calidad de vida promedio, mientras que el 17,9% posee una calidad de vida mayor al promedio, al medir la inclusión social en términos de integración, participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales. Al hablar de calidad de vida también hablamos de inclusión social, como refiere Abusleme, et al. (2014) mencionan que la inclusión social se vincula con las relaciones que mantienen distintos tipos de adultos mayores con diferentes sistemas sociales, esto es: servicios adecuados, redes sociales de apoyo, reconocimientos o refuerzos para su bienestar personal. La inclusión social limitada apunta a la insuficiencia o carencia de políticas públicas, exposición a discriminaciones y, en general, la falta de consideración de su dignidad y autonomía. Se sustenta a través de la teoría expuesta que el aporte de la inclusión social ayuda a mejorar la calidad de vida en la persona mayor.

Por otro lado, en la dimensión de autodeterminación, se observó que el 61,6 % de los adultos mayores tienen una calidad de vida menor al promedio y el 38,4% está con una calidad de vida promedio, es decir, la mayoría de encuestados no se hacen proyección a futuro, también presentan falta de autonomía, lo cual repercute en sus elecciones personales. Asimismo, respecto al ejercicio de los derechos, el 27,9% y 70,5% de los ancianos tienen calidad de vida promedio, y mayor al promedio, respectivamente, lo que quiere decir que se respetan sus derechos humanos y legales.

Observando que los resultados de las dimensiones autodeterminación y derechos se contraponen el uno al otro. Según Verdugo, Gómez y Arias (2009) la autodeterminación es un indicador clave de la calidad de vida, pues va directamente ligada con la autonomía, metas, valores personales y elecciones de los adultos mayores, siendo todas ellas bases fundamentales de los derechos humanos y legales de las personas. Por lo tanto, es contradictorio observar adecuados niveles de calidad de vida respecto a los derechos y a la vez menores porcentajes respecto a la autodeterminación.

Vera (2007), en su trabajo de investigación, concluye que una de las representaciones sociales del adulto mayor que está en emergencia son los elementos que involucran la paz, tranquilidad, protección, la libre expresión, comunicación, información y la capacidad de tomar decisiones en base a su propia autonomía. Barrantes, Rodríguez y Lama (2009) afirman que existen muchos prejuicios en relación con la vejez, incluso entre los profesionales que se dedican a la gerontología, uno común y muy peligroso es considerar que los ancianos son todos enfermos o discapacitados, para alcanzar el respeto por los adultos mayores es necesaria una medicina prudente, basada en

la práctica y ética, lo que quiere decir que se deben hacer valer los derechos del usuario para la toma de decisiones.

La persona mayor es quien debe decidir en cuestiones de su propia salud, según sus deseos y tras su consentimiento informado y voluntario, aunque por prudencia se debe afirmar que la toma de decisiones debe estar compartida por el profesional de la salud, el anciano o adulto mayor y el familiar a su cargo (Barrantes, Rodríguez, & Lama, 2009).

Los resultados muestran que estar con el adulto mayor no es solo el manejo estricto de conocimientos teóricos, lo que se puede llevar a la práctica con mayor facilidad, esto es más allá de lo propuesto ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente, de esta manera la investigación concuerda con el modelo teórico de Callista Roy (Teoría de la adaptación), quien propone que la enfermería cumple un rol importante, siendo el sistema de desarrollo del conocimiento sobre las personas, enfermería observa, clasifica e interrelaciona los procesos por los que estas influyen de manera positiva en su estado de salud. El objetivo de dicha teoría es ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, desempeño de roles, en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad, se centra en el hecho de conocer al paciente en todos los ámbitos y que su evaluación integral tenga mejor desenvolvimiento, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado.

En conclusión, el presente estudio señala que se la mayoría de los adultos mayores residentes, en los Centros de Reposo de Chaclacayo y Chosica, tuvieron una calidad de vida promedio en siete de las diferentes dimensiones estudiadas. Sin embargo, al observar los resultados de la calidad de vida, en los aspectos de derecho y autodeterminación, se encontró discrepancia. Pues, aunque los adultos mayores perciben que el profesional de enfermería vela por el respeto de sus derechos, a la vez la mayoría percibe que su voluntad no es tomada en cuenta al momento de tomar decisiones importantes para su vida. En tal sentido, se propone que aún existen prejuicios en relación con la vejez, incluso entre los profesionales que se dedican a la gerontología, lo que quiere decir que la libre expresión, comunicación, información y la capacidad de tomar decisiones no se toma a conciencia por los profesionales de salud. Teniendo en cuenta que el adulto mayor es quien debe tomar sus decisiones, con ayuda idónea del profesional de enfermería. Se sustenta a través de esta investigación que este aporte ayuda a mejorar la calidad de vida en la persona mayor.

Referencias

- Abusleme, M., Arnold, M., Gonzáles, F, Guajardo, G., Lagos, R., Massad, C.y Urquiza, A. (2014). *Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile. Opiniones, percepciones, expectativas y evaluaciones*. Santiago, Chile: Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. Recuperado de <http://www.senama.cl/filesapp/INTER%20LIBRO%20INCLUSION%2013%20DE%20MARZO.pdf> Acosta
- Barrantes, M., Rodríguez, E., & Lama, A. (2009). *Relación Médico-Paciente: Derechos del Adulto Mayor*. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-69X2009000200013&script=sci_arttext&lng=en
- Carneveli. (1988). *Tratado de geriatría y gerontología*. México: Interamericana.
- Garduño, L., & Salinas, B. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=j16GIakxXpgC&dq=concepto+calidad+de+vida&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- González Celis, A. L., & Padilla, A. (2006). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750306.pdf>
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social en las personas mayores: marco conceptual*. Recuperado de <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/redes.pdf>
- Guzmán, J., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2005). *Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual*. Recuperado de <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/redes.pdf>
- León, R. (2011). *La salud y el desarrollo personal*. Recuperado de <http://www.paraexitopersonal.com/la-salud-y-el-desarrollo-personal/> Mauk. (2008). Enfermería
- López, A., & Castellano Pérez, B. *Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia)*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522012000200008&script=sci_arttext
- Obiols, M., & Pérez, N. (2012). *Bienestar emocional, Satisfacción en la vida y felicidad*. Recuperado de http://www.academia.edu/2441635/Bienestar_emocional_satisfaccion_en_la_vida_y_felicidad
- OMS. (2014). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Datos interesantes acerca del envejecimiento. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Palomba, R. (2002). *Calidad de vida: conceptos y medidas*. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
- Prieto M, Fernández M, Rojo F, Lardiés B, Rodríguez V, Mohamed K, & Rojo J. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid, 2005. *Revista Española Salud Pública* (3), 301-313. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/original2.pdf>
- Ramírez, N. M. (2008). *Calidad de vida en la tercera edad, una población subestimada por su entorno*. Recuperado de <http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/calidad%20de%20vida%20en%20la%20tercera%20edad.pdf>
- Reyes, T. (2004). *Salud en la tercera edad y calidad de vida*. Recuperado de www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID007.pdf
- Rodríguez, V., Rojo, F., Fernández, G., & Ahmed, K. (2009). *Recursos económicos y la calidad de vida en el adulto mayor*. Recuperado de http://digital.csic.es/bitstream/10261/46413/1/73_RODRIGUEZ_RECURSOS_RIS_2011.pdf
- Schalock R, Verdugo M, & Arias M. (2008). Quality of life conceptual and measurement frameworks: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation & Program Planning*, 31(2), 181-190.
- Urzúa A., Bravo M., Ogalde M., & Vargas C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 1006-1014.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Verdugo, M. A. & Schalock, R. (2001). *Encuesta de indicadores transculturales de calidad de vida*. Universidad de Salamanca. Salamanca: INICO.
- Verdugo, M., Gómez, L., & Arias, B. (2003). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT*. (I. U. Comunidad, Editor, & KADMOS) Recuperado de http://sid.usal.es/docs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49(4).