

La producción científica en torno a la calidad de vida del adulto mayor: un análisis de los trabajos publicados en los últimos diez años

Ana Victoria Marquez Terraza*
Universidad Nacional de San Luis
CONICET

*Contacto: terrazama@gmail.com

Resumen: En el ámbito de la gerontología, la calidad de vida es un tópico ampliamente estudiado, y la mejora de la calidad de vida en las personas mayores es un objetivo principal a nivel nacional e internacional. Esta revisión tendrá como objetivo describir las características y principales resultados de la producción científica sobre calidad de vida en el adulto mayor publicada en el periodo 2010-2019 en idioma español. Se llevó a cabo una revisión sistemática de publicaciones académicas realizadas en los años indicados, que incluyeran los términos “Calidad de vida” y “adulto mayor” “vejez” “envejecimiento”. Se analizaron un total de 110 documentos. La producción en torno al concepto de calidad de vida es profusa y variada. Los resultados de las investigaciones afirman la multidimensionalidad del mismo en tanto constatan las relaciones que el constructo mantiene con diferentes variables vinculadas a la vivienda y ambiente; familia, relaciones sociales y participación social; actividad laboral y economía; variables psicológicas; salud-enfermedad y estilo de vida. Sin embargo, también se constató en dicha producción, múltiples errores a nivel conceptual y metodológico que refuerzan la necesidad de seguir trabajando sobre este concepto tan importante.

Palabras clave: Adultos mayores, calidad de vida, revisión

Title: Scientific production on the quality of life of the elderly: an analysis of the works published in the last ten years

Abstract: In the fields of gerontology, the quality of life is a topic widely researched and the quality improvement of the older people is a primary goal at national and international levels. Considering the relevance that this concept entails for the older population, this review aims to describe the characteristics and main results of the scientific production about the quality of life of older people published in Spanish during the period 2010-2019. A systematic review of academic publications in the mentioned years containing terms such as: “Quality of life”, “older adult”, “old age” and “ageing” was carried out. A total of 110 documents were analyzed. The production regarding the life quality concept is profuse and varied. The research results affirm the multidimensionality of it, meanwhile they verify the relations that the construct has with different variables linked to housing and environment; family; social relationship and participation; work activity and economy; psychological variables; health-illness and lifestyle. However, multiples errors at the conceptual and methodological level that reinforces the need for further work on such important concept were found in this production.

Keywords: Older adults, quality of life, review

El concepto de calidad de vida (en adelante CDV) desde su aparición hasta la actualidad ha ido cobrando cada vez más importancia tanto en el ámbito de las ciencias, de la filosofía, de la política, así como en la vida cotidiana. Es un concepto que despierta diversas representaciones, sumamente amplio y en ocasiones poco preciso.

Mientras que en los años 70 el número de publicaciones sobre este concepto era escaso, en la actualidad la cantidad de documentos ha crecido de manera exponencial, esencialmente en el ámbito de la medicina, la psicología y la sociología. Además, el concepto aparece en la mayoría de los discursos políticos referidos al ámbito sanitario y al desarrollo local y nacional (García Viniegras, 2008; Santacreu Ivars, 2015).

El grupo creador del WHOQoL, uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la calidad de vida, señala que el concepto es valioso en tanto se convierte en un indicador de gran importancia al evaluar el costo-beneficio de diferentes intervenciones terapéuticas, e incluso, ayuda a que los profesionales sanitarios puedan ver más allá de la enfermedad y comprender como se afecta la vida de la persona en su totalidad (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996). Efectivamente, el concepto de calidad de vida ayuda a poner el acento en los aspectos positivos de la persona, por lo que se ha convertido en una gran herramienta para la atención primaria y promoción de la salud.

Si bien el acuerdo con respecto a la utilidad del concepto de CDV es innegable, la definición del mismo no corre la misma suerte. El término

CDV ha sido definido múltiples veces, desde diferentes disciplinas, sin que exista en la actualidad una definición unánimemente aceptada. Incluso dentro de la profusa producción científica en torno a esta noción, se puede detectar cierta confusión, en tanto que en las investigaciones el sentido que se le da al concepto varía dependiendo del abordaje que realiza el autor, o es utilizado indistintamente como sinónimo de términos como “salud”, “bienestar” o “ajuste biopsicosocial”, o simplemente no se lo define (Esquivias Luesia, 2015; Razo-González et al., 2014; Urzúa M y Caqueo-Urizar, 2012).

Estas dificultades resultan igualmente comprensibles en vistas a la complejidad y amplitud del concepto. En primer lugar, la CdV abarca tanto elementos objetivos como la evaluación subjetiva de tales elementos; por lo tanto, puede ser dividida en una dimensión objetiva y una dimensión subjetiva que a su vez interactúan entre sí (Ardila, 2003). A la vez, se considera que es un constructo que debe abarcar todos los aspectos de la vida humana, incluyendo los aspectos emocionales, sociales y físicos, relacionándose con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones de cada persona en todos los órdenes de la vida (Razo-González et al., 2014). Finalmente, la CDV es un concepto que siempre debe ser considerado a la luz de la cultura y la historia, ya que se ve fuertemente influenciado por las características de la sociedad y la época histórica en el que es planteado, por los estándares el nivel de desarrollo tecnológico, los valores, el sistema político, por todo lo que hace a la

idiosincrasia de un medio social particular (García Viniegras, 2008).

En general, las definiciones más completas que se han propuesto son aquellas que tienen en cuenta los factores objetivos (condiciones de vida), los factores subjetivos (satisfacción con la vida) y una tercera variable que indica la valoración o posición de la persona frente a estas dos dimensiones. Esto responde a la evolución histórica del concepto. En un primer momento la medición de la CdV se encontraba estrechamente vinculada a indicadores económicos como el nivel socioeconómico, el tipo de vivienda o la escolaridad. Sin embargo, los investigadores debieron cambiar el enfoque debido a que los indicadores económicos solo eran capaces de explicar el 15% de la varianza de la CdV individual. Por ello desde la psicología se planteó la necesidad de emplear indicadores subjetivos, como la felicidad y la satisfacción, que explicaban un mayor porcentaje de la varianza (Urzúa M y Caqueo-Urizar, 2012).

Por último, se empezó a percibir que era necesario un tercer elemento para poder comprender de manera cabal la CdV de las personas, es aquí donde entran en juego los valores personales, la evaluación cognitiva, la “autorrealización”, como variables a ser tenidas en cuenta a la hora de entender el interjuego entre la dimensión objetiva y la dimensión subjetiva de la calidad de vida, ya que se considera que son los valores, los objetivos y aspiraciones de las personas los que modularán la relación entre las

condiciones de vida y la satisfacción que las mismas generan.

Ardila, en el año 2003, en una revisión teórica y crítica del constructo de calidad de vida, propone un nuevo concepto que intenta reflejar todos los aspectos puestos en juego:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (Ardila, 2003, p. 163)

Sin embargo, la definición más utilizada es la que propuso el WHO Quality of Life Assessment Group, que hace hincapié en la percepción subjetiva de la CdV:

(...) 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 supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996, p. 385)

Desde una perspectiva histórica el surgimiento del concepto de calidad de vida y el

envejecimiento no son fenómenos del todo independientes. Los cambios sociodemográficos implicaron una mayor sobrevivencia de la población que trajo aparejado un aumento en el número de personas adultas mayores, de personas con discapacidad y con enfermedades crónicas. Esto despertó el interés por aumentar junto con la cantidad, la calidad de vida de la población (García Viniegras, 2008).

La mejora de la calidad de vida de los adultos mayores se ha vuelto un objetivo principal a nivel internacional. La Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas (CEPAL) destaca que, aunque en la región la situación de las personas mayores es heterogénea, en términos generales está muy alejada de ser ideal. La mayor parte de los adultos mayores no disfrutan de una calidad de vida acorde a sus necesidades. Este organismo señala que los países no ofrecen condiciones ni oportunidades para que los mismos puedan vivir con calidad esta etapa, mientras que, en contraposición, ellos deben contribuir con sus familias y comunidades de diversas formas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006).

Ahora bien, teniendo en cuenta que los valores, aspiraciones, las vivencias y el contexto sociocultural influyen en la percepción de la calidad de vida, resulta válido preguntarnos qué factores entran en juego cuando se considera la calidad de vida en la adultez mayor. Las particularidades de cada etapa vital, los procesos que se llevan a cabo, los retos y necesidades que cada una plantea hacen que la CdV deba ser

estudiada de manera diferenciada en cada una de ellas (Trujillo García et al., 2004).

Para la CEPAL, los indicadores a tener en cuenta a la hora de evaluar y trabajar en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores son tres, a saber: seguridad económica, salud y bienestar, y entornos favorables. Estos indicadores son muy válidos y abarcan una serie de puntos que resultan fundamentales al hablar de la adultez mayor, como la integración comunitaria, la seguridad económica y el derecho a la salud entendida como un completo bienestar físico, social y psicológico. Valiéndose de metodologías cualitativas se han explorado las concepciones que los adultos mayores tienen sobre la calidad de vida y se ha encontrado que la salud y las relaciones familiares son las dimensiones que este grupo consideran como más relevantes, seguidas por la situación laboral y la estabilidad económica (Fernández-Mayoralas y Rojo-Pérez, 2011; Ramos-Esquivel et al., 2013). Cabe destacar que uno de los componentes más valorados y puestos en prioridad por el adulto mayor: los vínculos familiares, es escasamente tenido en cuenta entre los indicadores propuestos por la CEPAL, lo que nos remite nuevamente a la importancia de consignar los saberes empíricos aportados por los sujetos de investigación.

Teniendo en cuenta los problemas conceptuales en torno a este constructo y la relevancia que el mismo tiene para la población adulta mayor, esta revisión tendrá como objetivo describir las características y principales resultados de la producción científica sobre

calidad de vida en el adulto mayor publicada en el periodo 2010-2019 en idioma español.

Método

Diseño

Para realizar el estudio, se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo los pasos propuestos por Sánchez Meca (2010).

Procedimiento

En primer lugar, se realizó una búsqueda en las plataformas Scielo, JSTOR y Google Academic con los términos claves: “Calidad de vida” y “adulto mayor” “vejez” “envejecimiento”. Se obtuvo como resultado un total de 283 publicaciones que incluían los términos en el título.

Se procedió entonces a la selección de los documentos siguiendo criterios de inclusión previamente establecidos: 1. Que se trate de una publicación académica 2. Qué incluya las temáticas calidad de vida y adultez mayor 3. Que haya sido publicado en el periodo comprendido entre el año 2010 y el año 2019. 4. En el caso de los estudios empíricos, que la población con la que se trabajaba fuera definida como adulta mayor o similar (viejos, gerontes, etc.).

Como resultado se obtuvo un total de 110 documentos los cuales fueron analizados siguiendo criterios cuantitativos y cualitativos. Los datos cuantitativos fueron cargados en una matriz estadística y analizados con el programa IBM SPSS versión 21. Los datos cualitativos

fueron codificados de manera analógica, se utilizó un diseño emergente, explorando las variables más significativas asociadas a la calidad de vida. Luego se realizó una categorización de los resultados obtenidos, obteniendo seis categorías principales: Vivienda y ambiente; Familia, relaciones sociales y participación social; Actividad laboral y economía; Variables psicológicas; Salud-enfermedad; Estilo de vida.

Resultados

Se analizaron un total de 110 documentos, publicados en idioma español, entre los años 2010–2019. Del total de los documentos el 54,5% fueron artículos originales publicados en revistas, el 21,8% artículos de revisión, el 0,9% editoriales de revistas, el 14,6% correspondía a tesis de grado y posgrado publicadas, el 4,5% a libros y capítulos de libros sobre la temática, el 0,9% a informes de organismos gubernamentales y finalmente el 2,7% fueron ponencias publicadas (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia por tipo de publicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Artículo original	58	52,7	52,7	52,7
Artículo editorial	1	,9	,9	53,6
Artículo de revisión	24	21,8	21,8	75,5
Capítulo de libro	3	2,7	2,7	78,2
Libro	2	1,8	1,8	80,0
Ponencia publicada	3	2,7	2,7	82,7
Tesis de grado	7	6,4	6,4	89,1
Tesis posgrado	9	8,2	8,2	97,3
Informe	1	,9	,9	98,2
Artículo de revista validación de instrumento	2	1,8	1,8	100,0
Total	110	100,0	100,0	

En cuanto a la procedencia de los documentos, se encontró que la mayor parte de los documentos provienen de España (33 documentos), seguido por México (15 documentos), Colombia y Cuba (14 documentos cada uno), Chile (11 documentos), Argentina y Perú (6 documentos cada uno) Ecuador (4 documentos), Costa Rica (3 documentos) y Bolivia y Venezuela (1 documento cada uno). Con respecto al año de publicación, cabe destacar que el año con mayor número de publicaciones fue el 2015 con 21 documentos.

Al limitar el análisis a los trabajos que daban cuenta de un proceso de investigación empírica, se encontró un claro predominio del uso de la metodología cuantitativa, con un 82,7% de los casos, mientras que la metodología cualitativa fue utilizada en el 8% de los casos y la metodología mixta en el 9,3%. Interesa destacar que, en estos

trabajos, sólo en el 64% de los casos aparece una definición clara de calidad de vida, siendo la más utilizada la definición de la OMS, en el resto de los casos el concepto no se define.

Siguiendo con el análisis de los aspectos metodológicos de los trabajos empíricos, se encontró que los instrumentos utilizados para evaluar calidad de vida son muy variados. Los instrumentos estandarizados más utilizados son el WHOQOL – BREF (8%) (World Health Organization, 1996), el WHOQOL – OLD (6,7%) (Power et al., 2005) y el SF-36 (6,7%) (Mc Horney, Ware, Rachel, et al., 1993; Mc Horney, Ware, y Raczek, 1993; Ware y Sherbourne, 1992). Sin embargo, los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida son los cuestionarios Ad Hoc (12%) y la entrevista semiestructurada (10,7%). Por otro lado, se destaca que un número importante de trabajos (16%) no utiliza ningún tipo de instrumento para evaluar calidad de vida, o se administran instrumentos que carecen de validez para evaluar calidad de vida, como la escala de depresión geriátrica. Además, se encontró que de los 75 trabajos empíricos que tenían como objetivo evaluar la calidad de vida en los adultos mayores, sólo 46 evaluaba efectivamente CdV, mientras que, de los restantes artículos, 16 evaluaban otras variables no relacionadas y 10 evaluaban CdV relacionada con la salud.

Tabla 2. Distribución de frecuencias por instrumentos utilizados para evaluar Calidad de Vida

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
WHOQoL Bref	6	8,0	8,0
WHOQOL Old	5	6,7	14,7
Ninguno	12	16,0	30,7
Escala MGH	4	5,3	36,0
grupo focal	2	2,7	38,7
Entrevista	8	10,7	49,3
Escala FUMAT	3	4,0	53,3
CECAVIR	2	2,7	56,0
Visual Analógica - SABE	2	2,7	58,7
CCVAMC-62	1	1,3	60,0
Karnofsky	1	1,3	61,3
Perfil de Calidad de Vida en enfermos crónicos	1	1,3	62,7
Estilo de Vida y Promotor de salud	2	2,7	65,3
adhoc	9	12,0	77,3
Coop Wonca	2	2,7	80,0
Perfil de Salud de Nottingham	1	1,3	81,3
PICAVIRES	1	1,3	82,7
SF36	5	6,7	89,3
Índice Multicultural de Calidad de Vida	1	1,3	90,7
Índice de evaluación de Calidad de Vida Oral en geriatría	1	1,3	92,0
CUBRECAVI	4	5,3	97,3
SEIQoL-DW	1	1,3	98,7
Escala de Calidad de Vida de Chan	1	1,3	100,0
Total	75	100,0	

En base a los resultados de las investigaciones empíricas, se realiza a continuación un resumen de los resultados más relevantes en cuanto a los factores asociados a la Calidad de Vida en la adultez mayor.

Calidad de vida y variables sociodemográficos

Se ha encontrado evidencia de que el sexo y la edad son factores determinantes en la CdV de los adultos mayores. En relación con la edad, todas las investigaciones señalan que la CdV disminuye con el paso de los años. En Colombia, en una muestra de 191 adultos mayores evaluados mediante el WHOQOL Bref se encontró una correlación negativa entre edad y CdV (Cardona-Arias et al., 2016). Esta correlación negativa también fue hallada en una muestra de 398 adultos mayores evaluados mediante el WHOQoL Old (Urzúa y Loyola, 2014). En otra investigación realizada en España se encontró que la edad correlaciona de manera negativa con algunas dimensiones como la salud, la capacidad funcional y las actividades y ocio, pero correlaciona de manera positiva con la dimensión “calidad ambiental” (Parra Rizo, 2017). La CdV relacionada con la salud, es decir la forma en que los problemas de salud afectan la CdV, también presenta una correlación negativa con la edad (Navarro Elías, 2013; Ordóñez Abrigo, 2011).

En cuanto al sexo, los resultados son más dispares. En una investigación llevada a cabo en España con una muestra de 264 personas mayores de 65 años evaluadas mediante el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (Fernández Ballesteros y Zamarrón Casinello, 2007), se encontró que, en algunas dimensiones, como la salud y la independencia, los hombres puntúan mejor. Similares resultados obtuvieron Parra Rizo, quien señala que los hombres tienen mejor puntuación en las dimensiones: salud, habilidad funcional y

calidad ambiental (Parra Rizo, 2017). Siguiendo esta línea, en una investigación realizada en Chile con 406 adultos mayores, se ha encontrado que las mujeres puntúan mejor en la dimensión participación social (Urzúa et al., 2011). Por otro lado, las mujeres obtuvieron mayor puntuación en integración social y uso de servicios sociales (Navarro et al., 2015). En otros estudios se ha demostrado que la CdV global es mayor en las mujeres que en los hombres (Martínez Brito et al., 2016; Urzúa y Loyola, 2014), así como la CdV relacionada con la Salud (Melguizo Herrera et al., 2012).

Es interesante destacar que, si bien varias investigaciones reportan que los hombres tienen menor CdV, en otras se ha encontrado que en algunas dimensiones relacionadas con la salud y la independencia tienen mayor puntuación. En el género masculino la CdV aparece condicionada por fuertes polaridades: el apoyo familiar, que por un lado es percibido como una de las principales fuentes de la CdV es a la vez considerado por este grupo como una merma en su independencia y capacidad de autovalía, lo que termina repercutiendo negativamente en la CdV de los mismos (Flores Martínez y Garay Villegas, 2019).

Vivienda y ambiente

La importancia del entorno físico para la CdV es ampliamente tratada en la bibliografía sobre el tema, sin embargo, las investigaciones disponibles no son tan numerosas. En una investigación en la que se realizaron grupos

focales con adultos mayores, se encontró que los mismos destacan el entorno físico como una dimensión importante de la CdV. Esto incluiría: las condiciones de la infraestructura de la ciudad, las posibilidades que ésta ofrece a los mayores para poder desplazarse, los espacios verdes y los espacios públicos, las condiciones de la vivienda y la adecuación de los mismos a las necesidades del adulto mayor (Osorio Parraguez et al., 2011). A su vez, las principales problemáticas que los adultos mayores identifican en el entorno son: la falta de seguridad del espacio urbano, las carencias en la infraestructura y en el equipamiento urbano la insalubridad ambiental y el sistema de transporte que no se adapta a sus necesidades (Olivi et al., 2015).

Estudios muestran que existe una relación entre la CdV y algunas condiciones de la vivienda como el tipo de acceso, el piso desnivelado, la ubicación de la vivienda, la iluminación y la higiene tanto interna como externa; a mejores condiciones de la vivienda, mejor es la CdV del adulto mayor, pero también influye el grado de satisfacción con la vivienda por parte del mismo (Flores Villavicencio et al., 2013; Soria Romero y Montoya Arce, 2017). La zona de residencia también influye sobre la CdV. Se ha encontrado evidencia de que las personas mayores que viven en áreas rurales tienen peores puntuaciones en la dimensión “salud mental” de la CdV (Cardona-Arias et al., 2016; Ordóñez Abrigo, 2011).

Familia, relaciones sociales y participación social

En relación con el estado civil, las personas casadas presentan mejores puntuaciones en la CdV global o en algunas de sus dimensiones como la salud física, la dimensión psicológica y en la dimensión de relaciones sociales (Cardona-Arias et al., 2016; Martínez Brito et al., 2016; Ordóñez Abrigo, 2011)

La familia es uno de los temas más importantes que surge en los adultos mayores a la hora de autoevaluar su calidad de vida percibida (Díaz Fonte, 2016). Efectivamente se ha encontrado que los adultos mayores que presentan disfuncionalidad familiar tienen peor percepción de su calidad de vida, siendo esta relación estadísticamente significativa (Ordóñez Abrigo, 2011). La percepción de apoyo familiar, por otro lado, está ligada a mejores percepciones de la dimensión física y social de la CdV (Cardona-Arias et al., 2016).

Cabe destacar que las interacciones sociales de las personas mayores no se limitan a la familia. El entorno social, las redes de apoyo y las amistades en la adultez mayor también colaboran de manera significativa con la CdV, así como las posibilidades que brinda la sociedad para que el adulto mayor se integre a las actividades de la misma (Osorio Parraguez et al., 2011). Existe evidencia que señala que una alta percepción de apoyo social se traduce en una mayor CdV en adultos mayores (Alfonso Figueroa et al., 2016; Cuadra-Peralta et al., 2016; Esquivias Luesia, 2015). En una investigación realizada en

Colombia, con una muestra de 68 personas mayores de 65 años se encontró que las redes sociales de apoyo, que incluyen familia, amigos, grupos gubernamentales, entre otros, también tienen un impacto positivo en la CdV (Alzate Urrea et al., 2015).

Con respecto a la participación social, se han realizado estudios que comprueban que la intervención en diversos espacios y propuestas sociales puede estar ligada a una mejor CdV. Un estudio realizado en España evidencia que los adultos mayores que participan en Programas Universitarios para Adultos Mayores tienen una mejor CdV que aquellos que no lo hacen (Vilaplana Prieto, 2010). En este mismo país se evaluó el impacto de un programa educativo enfocado en la salud y el autocuidado observándose cambios significativos en la puntuación global de calidad de vida después de la aplicación del programa (Quintero Cruz et al., 2017). En Cuba se realizaron talleres psicoeducativos, que implicaban ejercicios corporales, dinámicas grupales, ejercicios de relajación, charlas educativas entre otros, se encontró que la participación en dicho programa favoreció un cambio favorable en la CdV de los adultos mayores (Herrera Santí et al., 2015). Resultados similares se informan acerca de la participación de las personas mayores en un espacio de autoayuda en México y en un programa de “Envejecimiento Saludable” en Perú (Ataucusi Meza y Diaz Reyes, 2016; Hernández Zamora et al., 2010)

Sin embargo esta relación no siempre es tan clara, en una investigación realizada en Chile, que comparaba adultos mayores que participan en diferentes agrupaciones, con aquellos que no participan en ninguna, sólo se encontró diferencias significativas en la dimensión participación social de la CdV (Urzúa et al., 2011). En un estudio realizado en Colombia que comparaba personas que participan en grupos de la tercera edad con personas que no participan, no se encontraron diferencias significativas entre ambos (García Mejía et al., 2015). En otro estudio se sostiene que la participación social favorece la calidad de vida, pero principalmente en las mujeres (Urzúa y Loyola, 2014).

Actividad laboral y economía

La situación económica, los recursos disponibles, también son una dimensión destacada como importante por los adultos mayores para su calidad de vida (Osorio Parraguez et al., 2011). En una investigación realizada en Colombia con una muestra de 514 adultos mayores, se encontró que existe relación entre la satisfacción económica y la dimensión psicológica y ambiental de la CdV (Cardona-Arias et al., 2016). Otros hallazgos ponen en evidencia que el estrato socio económico tiene injerencia sobre la calidad de vida. En una investigación realizada en Chile se encontró que los adultos mayores de los estratos 3 y 4 son los que tienen mejor CdV, cabe desatacar que estos no son los estratos más altos, pero sí se

encuentran entre lo que se podría encuadrar como clase media.

Por otro lado, si bien desde la cultura se asocia la vejez con la jubilación, el descanso y el ocio, se ha encontrado que la actividad laboral es una fuente de calidad de vida importante en el adulto mayor. En un estudio realizado en Cuba, con 76 participantes, se encontró que los adultos mayores no reinsertados laboralmente tenían peor calidad de vida (Martínez Brito et al., 2016). Resultados similares fueron hallados en un estudio realizado en Colombia, donde los adultos mayores que continuaban con su actividad laboral eran los que mayores puntuaciones de calidad de vida tenían (Melguizo Herrera et al., 2012). Finalmente, en una investigación desarrollada en Ecuador, se encontró que la actividad laboral en los adultos mayores está relacionada con mejores puntuaciones en las dimensiones física y mental de la CdV (Ordóñez Abrigo, 2011). Aunque, por otro lado, se reporta que existe una correlación entre la satisfacción con la jubilación y la CdV (Vilaplana Prieto, 2010). Esto evidencia una vez más que la CdV siempre va a depender de las aspiraciones, valores y estilo de vida de cada persona.

Variables psicológicas

Como se señaló anteriormente, las variables psicológicas han sido consideradas como clave para el concepto de calidad de vida, ya que nos ayudan a comprender cómo las condiciones objetivas de vida son asimiladas por cada sujeto. En un estudio realizado en Chile con una muestra

de 150 adultos mayores se constató que existe una relación positiva entre calidad de vida y bienestar psicológico. Incluso los autores proponen, a partir de un modelo estadístico, que la variable bienestar psicológico junto con la variable salud bastarían para evaluar la CdV (Cuadra-Peralta et al., 2016). Otros autores también reportan una relación directa entre los niveles de CdV y los de felicidad en los adultos mayores (Soria Romero y Montoya Arce, 2017), así como con los niveles de resiliencia (Vinaccia y Quiceno, 2011).

También la estrategia que adopta el adulto mayor para afrontar la idea o posibilidad de la muerte tiene relación con la calidad de vida. Se ha encontrado que existe una relación positiva entre la utilización de la estrategia de “evitación y soporte social” frente a la muerte y la CdV, relación que no existe con los otros dos tipos de estrategia: “Inmortalidad” y “Aceptación” (González-Celis Rangel y Araujo Viveros, 2010). A partir de un estudio de caso, Aponte Daza señala que uno de los factores que más influye en la calidad de vida de una mujer adulta mayor es la espiritualidad, ya que en ella encuentra apoyo y guía para sus problemas y la promesa de encontrar mediante las buenas acciones y el compartir con otros, un camino para encontrar la “gloria eterna”, lo que nos habla de su deseo de trascendencia (Aponte Daza, 2015).

Los trastornos mentales también pueden repercutir de manera negativa en la CdV. En un estudio realizado en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal se detectó que existe una asociación directa entre la calidad de

vida y el nivel de depresión de las personas (Capote Leyva et al., 2012). En otra investigación que exploraba la relación entre CdV y alexitimia se reporta la existencia de una correlación positiva entre la dificultad para describir e identificar sentimientos con la dimensión “relaciones sociales y familiares” de la CdV, es decir, mientras mayores dificultades presentaban los adultos mayores a nivel emocional, mejor percibían sus relaciones familiares y sociales (Bermúdez Sánchez et al., 2017).

Finalmente, dentro de las variables psicológicas, tendremos en cuenta la capacidad cognitiva. Cabe destacar que son escasas las investigaciones que evalúan la relación entre CdV y funcionamiento cognitivo. Una tesis doctoral llevada a cabo en Perú expone una relación positiva entre el funcionamiento cognitivo y la CdV relacionada con la salud (Navarro Elías, 2013). Otros estudios muestran que el nivel educativo se relaciona de manera positiva tanto con la calidad de vida general, como con la CdV relacionada con la salud (Martínez Brito et al., 2016; Melguizo Herrera et al., 2012; Ordóñez Abrigo, 2011).

Salud-enfermedad

La salud es una de las dimensiones valoradas como más importantes para su CdV por parte de los adultos mayores (Osorio Parraguez et al., 2011). En un estudio de caso, realizado en Bolivia, con una adulta mayor, la misma señala que la salud es importante para su CdV en tanto es un medio para poder realizar sus actividades.

En la comunidad científica, la salud general, la enfermedad y los tratamientos médicos son las variables más estudiadas en relación a la CdV. Así lo atestigua la gran cantidad de publicaciones disponibles a este respecto. Se presentan a continuación algunos de los resultados más importantes de los últimos diez años.

En una investigación realizada en Chile, con una muestra de 150 adultos mayores se encontró una relación directa entre el estado de salud (físico y mental), evaluado mediante el cuestionario SF-36 y la CdV (Cuadra-Peralta et al., 2016). Además, se ha reportado que existe una correlación directa entre la percepción del estado de la propia salud y la calidad de vida. Los adultos mayores que dicen tener una buena o excelente salud tienen en general mejor CdV (Flores Villavicencio et al., 2013). Otros autores señalan que el sentirse enfermo o no, influye sobre las dimensiones que son valoradas para la CdV. Puntualmente, las personas que se perciben a sí mismas como enfermas relacionan la CdV con la autoaceptación, el apoyo social, la autonomía y la salud física y mental; mientras que aquellas que se autoperciben como sanas relacionan su CdV con el apoyo social, la salud mental y física y la autonomía (Urzúa et al., 2011).

La morbilidad, es decir, tener alguna enfermedad, afecta de manera negativa la dimensión psicológica y la dimensión ambiental de la calidad de vida. Mientras que el haber estado hospitalizado está relacionado con una peor puntuación en la dimensión “salud física” de la CdV (Cardona-Arias et al., 2016).

Las enfermedades crónicas también suelen afectar de manera negativa la calidad de vida. En un estudio comparativo entre un grupo de adultos mayores que sufría dolor crónico y otro grupo sin esta afección, se encontró que los primeros tenían una calidad de vida significativamente más baja que los segundos (Borda et al., 2016).

Por otro lado, en un estudio realizado con adultos mayores con diagnóstico de diabetes se ha encontrado que el grupo que más ve afectada su CdV por la enfermedad es el de menor edad; los autores estiman que esto se debe a que el diagnóstico es más reciente y la disrupción es mayor, lo que podría implicar que, si bien estas enfermedades trastocan la CdV, existe un proceso de adaptación que permite revertir este efecto, al menos en parte (Nazar-Beutelspacher y Salvatierra-Izaba, 2010). Apoyando esta teoría, encontramos otra investigación realizada en 2014, con una muestra de 398 personas mayores de 60 años, en la que se encontró que las personas con enfermedades crónicas tenían mejores puntuaciones en la calidad de vida global, evaluada mediante el WHOQoL Old y en las dimensiones “Habilidades sensoriales” y “Muerte y el morir” (Urzúa y Loyola, 2014).

También se estudia el impacto que diferentes tratamientos tienen sobre la CdV del adulto mayor. Las personas que presentan problemas auditivos tienen una calidad de vida significativamente más baja que aquellas que no tienen estos problemas; sin embargo, no existen diferencias en la CdV entre las personas que usan audífonos y aquellas que no tienen dificultades en

la audición (Cano et al., 2014). En una investigación realizada en Cuba con una muestra de 95 adultos mayores, se constató que la CdV mejora en los participantes después de una operación de cataratas, sin embargo, no se utilizaron instrumentos estandarizados para evaluar de manera adecuada el impacto en la CdV (Pérez Alemany et al., 2013). Similares resultados, y con igual déficit metodológico, se presenta en otra investigación donde se reporta que después de una operación de cataratas, de una muestra de 514 personas, 439 de ellos pasaron de tener mala CdV a tener muy buena CdV, es decir, el 79% del total (Armengol et al., 2012).

La calidad de la atención en salud y el acceso a ella también son variables que han sido estudiadas en relación a la CdV. En una investigación en México, con una muestra de 2434 personas de 60 años o más, se constató que existe una relación entre el derecho a recibir atención médica y la CdV en los adultos mayores (Soria Romero y Montoya Arce, 2017). En cuanto al impacto que tiene la calidad de la atención en salud sobre la CdV del adulto mayor no hay información consistente. En un trabajo realizado en México, en el año 2010, con una muestra de 622 adultos mayores, se informa que no se encontró una relación entre la calidad de atención de las enfermeras y la CdV de los sujetos (Salcedo-Álvarez et al., 2010). En un estudio que explora las mismas variables se informa acerca de una relación positiva entre ambas (Siza Velva, 2015). Por último, cabe destacar que se ha encontrado evidencia de que el nivel de

agotamiento del cuidador repercute de manera negativa en la CdV del adulto mayor (Díaz Alfonso et al., 2015).

Estilo de vida

Finalmente comentamos los resultados de algunas investigaciones que estudian la relación entre la CdV y algunos comportamientos y hábitos que forman parte del estilo de vida del adulto mayor. En primer lugar, se puede mencionar que se ha encontrado evidencia de que hábitos como el consumo de tabaco y marihuana por parte de este grupo etario, se relaciona con una peor calidad de vida (Cardona-Arias et al., 2016). Por otro lado, hábitos como el ejercicio físico, si bien no se relaciona con una mejor CdV global, si tienen un impacto positivo en algunas dimensiones como “Habilidad funcional”, “actividad y ocio” y “ambiente” (Parra Rizo, 2017).

Discusión

Esta revisión tuvo como objetivo describir las características y principales resultados de la producción científica sobre calidad de vida en el adulto mayor publicada en el periodo 2010-2019 en idioma español. En primer lugar, cabe destacar, que se encontró que la falta de definición con respecto al concepto no deja de tener sus consecuencias en la investigación. Se pudo constatar lo que señalaba Razo Gonzales: en los estudios sobre el tema se evidencia una falta de claridad respecto al concepto (Razo-González

et al., 2014). Esto se ve traducido en los errores metodológicos al medir calidad de vida, o en la confusión con otros conceptos. En muchas investigaciones se confunde calidad de vida con calidad de vida relacionada con la salud, que es un constructo diferente. También en ocasiones se reduce la calidad de vida a un aspecto único como la salud, o la comodidad en un determinado ambiente, lo que constituye un error conceptual que Santacreu Ivars llamará “Reduccionismo” (Santacreu Ivars, 2015).

Sin embargo, como se ha podido apreciar, si bien el constructo de calidad de vida aún no ha alcanzado una conceptualización unánimemente aceptada, sí ha generado gran cantidad de producción teórica y aportes desde diversos campos de la ciencia. La multidimensionalidad del mismo es algo constitutivo y que se vuelve evidente, al constatar a nivel empírico, las múltiples relaciones que se cotejan entre este constructo y otras variables.

En el ámbito del estudio del adulto mayor, la CdV ha tomado un rol central. La vejez, por sus características particulares, es una etapa donde la búsqueda de la salud sin más carece de sentido. La calidad de vida, sobre todo en su dimensión subjetiva, nos invita a apuntar a una comprensión más global del bienestar. Un bienestar que sea posible a pesar de los limitantes físicos propios del envejecimiento.

Referencias

- Alfonso Figueroa, L., Soto Carballo, D., y Santos Fernández, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1), 47-53.
- Alzate Urrea, S., Agudelo Suárez, A. A., López Vergel, F., López Orozco, C., Espinosa Herrera, É., Posada López, A., y Meneses Gómez, E. J. (2015). Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), Article 29. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.cbsv>
- Aponte Daza, C. V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13(2), 152-182.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Armengol, A. R. M., Castellanos, K. M., Galindo, I. Z., Díaz, A. G., Rodríguez, J. J. V., y Saavedra, Y. M. M. (2012). Cirugía de catarata en pacientes longevos: Repercusión sobre su calidad de vida y funcionalidad. *MediSur*, 10(5), 386-392.

- Ataucusi Meza, M. R., y Diaz Reyes, N. M. (2016). *Influencia del Programa Envejecimiento Saludable Para Mejorar la Percepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores de una Asociación del Distrito de Ahuac* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana de Los Andes]. <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/159>
- Bermúdez Sánchez, A. M., Méndez Mateo, I., y García Munuera, I. (2017). Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Health Research: (EJHR)*, 3(1), 17-25.
- Borda, M. G., Acevedo González, J. C., David, D. G., Morros González, E., y Cano, C. A. (2016). Dolor en el anciano: Calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(3), 140-145. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.001>
- Cano, C. A., Borda, M. G., Arciniegas, A. J., y Parra, J. S. (2014). Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados y calidad de vida: Estudio SABE Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 34(4). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2352>
- Capote Leyva, E., Casamayor Laime, Z., y Castañer Moreno, J. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 41(3), 237-247.
- Cardona-Arias, J. A., Giraldo, E., y Maya, M. A. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Médicas UIS*, 29(1), 17-27. <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>
- Cuadra-Peralta, A., Medina Cáceres, E. F., y Salazar Guerrero, K. J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite*, 11(35), 56-67.
- Díaz Alfonso, H., Lemus Fajardo, N. M., Gonzáles Cosme, W., Licort Monduy, O. L., y Gort Cuba, O. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(3), 478-490.
- Díaz Fonte, L. (2016). *La vivencia de calidad de vida en la vejez* [Tesis de grado, Universitat Internacional de Catalunya]. <https://recercat.cat/handle/2072/263942>

- Esquivias Luesia, M. V. (2015). *Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez* [Trabajo final de máster, Universidad Pontificia Comillas]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1045>
- Fernández Ballesteros, R., y Zamarrón Casinello, M. D. (2007). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida*. TEA Ediciones.
- Fernandez-Mayoralas, G., y Rojo-Pérez, F. (2011). La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL-DW. En *Calidad de vida y envejecimiento: La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (1ra ed., pp. 83-112). Fundación BBVA.
- Flores Martínez, R. M., y Garay Villegas, S. (2019). Calidad de vida y vejez masculina en México. *Perspectivas*, 4(8), 380-392. <https://doi.org/10.35305/prcs.v0i8.67>
- Flores Villavicencio, M. E., Troyo Sanromán, R., Cruz Ávila, M., y González Pérez, G. (2013). Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(2), 179-193.
- García Mejía, M. A., Moya Polania, L. M., y Quijano, M. C. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398-403. <https://doi.org/10.22379/2422402258>
- García Viniegras, C. R. V. (2008). *Calidad de vida: Aspectos teóricos y metodológicos* (1ra ed.). Paidós.
- González-Celis Rangel, A. L., y Araujo Viveros, A. V. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós: Gerontología*, 13(1), 167-190. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2010v13i1p%p>
- Hernández Zamora, Z. E., Hernández Loeza, O. R., y Rodríguez Viveros, E. (2010). El Grupo de Ayuda como Alternativa para Mejorar la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 47-55.
- Herrera Santí, P. M., Martínez García, N., y Navarrete Ribalta, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4), 326-345.
- Martínez Brito, O., Camarero Forteza, O., González Rodríguez, C. I., y Martínez Brito, L. (2016). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Medimay*, 22(1), 30-41.
- Mc Horney, C. A., Ware, J. E., Rachel, J. F., y Sherbourne, C. D. (1993). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and

- reliability across diverse patients groups. *Med Care*, 31(1), 40-66.
- Mc Horney, C. A., Ware, J. E., y Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*, 31(3), 247-263.
- Melguizo Herrera, E., Acosta López, A., y Castellano Pérez, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2), 251-263.
- Navarro, E., Calero, M. D., y Calero-García, M. J. (2015). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 267-277. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i3.79>
- Navarro Elías, M. G. (2013). *Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana-México* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Trujillo]. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9208>
- Nazar-Beutelspacher, A., y Salvatierra-Izaba, B. (2010). Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Papeles de población*, 16(64), 67-92.
- Olivi, A., Fadda Cori, G., y Pizzi Kirschbaum, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*, 21(84), 227-249.
- Ordóñez Abrigo, L. M. (2011). *Auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (Unidad de Atención Ambulatoria la Ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de Pichincha y su relación con la disfuncionalidad familiar* [Tesis de Especialización, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/4096>
- Osorio Parraguez, P., Torrejón, M. J., y Anigstein, M. S. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad*, 24, 61-75. <https://doi.org/10.5354/rmad.v0i24.13531>
- Parra Rizo, M. A. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* [Tesis Doctoral, Universidad Miguel Hernández]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=123019>
- Pérez Alemany, M. E., Hormigó Belet, A. M., Torres Arafet, H., Jay Oliva, M., y Sánchez Boloy, F. A. (2013). Calidad de vida en

- pacientes operados de catarata senil. *MediSan*, 17(11), 8008-8016.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., y WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-old module. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14(10), 2197-2214. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Quintero Cruz, M. V., Figueroa Solano, N., García Puello, F., y Suárez Villa, M. (2017). Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores. *Gerokomos*, 28(1), 9-14.
- Ramos-Esquivel, J., Figueroa-Ochoa, H., Marcela, A., Rubio, I. A., y Martínez-González, M. G. (2013). La vejez y la calidad de vida desde el punto de vista de las personas mayores: Un estudio sobre las representaciones sociales de un grupo social. *Revista de Educación y Desarrollo*, 26, 53-63.
- Razo-González, A. M., Díaz-Castillo, R., Morales-Rossell, R., y Cerda-Barceló, R. (2014). Metaanálisis del concepto de calidad de vida en América Latina. Una nueva propuesta: Sentido de vida. *Revista CONAMED*, 19(4), 149-156.
- Salcedo-Álvarez, R. A., Zarza-Arizmendi, M. D., Alba-Leonel, A., y Fajardo-Ortiz, G. (2010). Calidad de vida y calidad de atención de enfermería en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18(2), 63-73.
- Sánchez Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula abierta*, 38(2), 53-64.
- Santacreu Ivars, M. (2015). *Calidad de vida en la vejez. Contrastación transcultural de un modelo multidimensional, objetivo-subjetivo: España - México* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48686>
- Siza Velva, B. P. (2015). *Intervención de enfermería en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida en el Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús de Ambato, período septiembre del 2014 a febrero del 2015* [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/9502>
- Soria Romero, Z., y Montoya Arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Trujillo García, S., Tovar Guerra, C., y Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la

- psicología. *Universitas Psychologica*, 3(1), 89-98.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005>
- Urzúa, A., y Loyola, M. (2014). El Efecto de Valorar la Importancia Atribuida a cada Área de la Vida en el Auto Reporte de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 41-50.
- Urzúa M, A., y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Vilaplana Prieto, C. (2010). Relación entre los Programas Universitarios para Mayores, la satisfacción durante la jubilación y la calidad de vida. *Revista de Investigación Educativa*, 28(1), 195-216.
- Vinaccia, S., y Quiceno, J. M. (2011). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC. *Terapia psicológica*, 29(1), 65-75. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100007>
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-ítem short form health survey: I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.
- WHO Quality of Life Assessment Group (1996). Que calidad de vida? Foro Mundial de La Salud, 17(4), 385-387.
- World Health Organization (1996). WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Programme on Mental Health. https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1

Recibido: Febrero, 2021 • Aceptado: Marzo, 2021