

**FACTORES
QUE INFLUYEN
EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN A
CONSULTA
DE GERIATRÍA AL
HOSPITAL GENERAL
DE TIJUANA B.C.
MÉXICO**

Por Mtra. Larizza Mirena de María Amaya León

El envejecimiento en el ser humano como en otras especies es heterogéneo, no hay normas que hagan iguales ni las vivencias ni la ocurrencia de los eventos para cada persona, el hecho ineludible de que ocurran algunos de estos sucesos, puede situar a los individuos en un estado de vulnerabilidad, es decir, experimentar fragilidad en aspectos físicos, biológicos y sociales, que se terminan aglomerando todos estos en el individuo para afectar no sólo su salud sino que también su calidad de vida. La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, satisfacción con la vida, etc., y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (1).

Calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye

en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” (2).

No es fácil evaluar la calidad de vida en un individuo ya que diversos factores están involucrados, y el peso de estos factores dentro del bienestar individual puede cambiar de una persona a otra. Para esto se han diseñado varios instrumentos que toman todo esto en cuenta.



Uno de los más utilizados es el cuestionario SF-36, que evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El SF-36 es un instrumento autoaplicado o se le realizan verbalmente las preguntas al paciente, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y rectifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud,

la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior (3).

La versión autorizada del SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. Esta metodología se describe con detalle en otras publicaciones (3,4).

Dado que la percepción de la calidad de vida es una herramienta factible de considerar para conocer el estado de salud de los ancianos, ésta ha sido estudiada ampliamente en los últimos años. Diversas investigaciones han mostrado que medir la percepción personal de la calidad de vida es útil como un indicador global del nivel de salud de la población que refleja elementos tanto sociales y de salud. Analizar estos factores asociados

con la expresión de distintos niveles de salud, permiten ampliar las perspectivas para la identificación de necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones dirigidas a este grupo poblacional (4).

Parte de la utilidad de conocer la percepción de la calidad de vida o del estado de salud es que muchos estudios, incluyendo algunos realizados en México, han demostrado que preguntarle a un anciano cómo se encuentra y qué estado de salud tiene, son variables de enorme poder predictivo de supervivencia (4). Un hecho característico de la percepción de la salud en pacientes ancianos es su poder predictivo sobre la mortalidad, teniendo en cuenta otros indicadores de salud. Podría ser que esa percepción de salud captase problemas médicos y psicológicos que no se perciben en los cuestionarios médicos, aunque se han contemplado dos alternativas. Por

un lado, que realmente la ausencia de enfermedad induzca ese bienestar y, por tanto, mejore el pronóstico vital. O, puede que esa percepción de salud proceda de un estado de optimismo, independiente de que se padezcan ciertas enfermedades, y que esta predisposición a través de una mejora psicológica, endócrina e inmunológica inducida por el optimismo, mejore el pronóstico vital.

Los problemas a nivel psico-social se describen a continuación siendo a nivel personal, familiar y social presentándose en forma habitual cuando aparece un proceso crónico y a los que distintos autores relacionan con un sentimiento de pérdida. En el área personal, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del estado de salud.

Se concretan en el malestar físico y emocional, en el cambio del estilo de vida, en la pérdida de la independencia y en las alteraciones en el autoconcepto y

autoestima.

En el área familiar, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Se concretan en los cambios en la rutina familiar, en el rol social de la persona enferma y en los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte de todo el entorno.

En el área social, los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son los cambios en el ámbito laboral, en la utilización del tiempo libre y en las interacciones sociales (5). La salud funcional por otro lado, que se ha relacionado con la calidad de vida del individuo y su autopercepción del estado de salud, es el nivel en el que una persona se mantiene a sí misma y la capacidad para desempeñar los papeles que le corresponden en la sociedad. Esto se relaciona y depende a su vez del

estado intelectual, el estado emocional, la actividad social y la actitud respecto del mundo y del mismo sujeto. Muy relacionado con esto se encuentra el ejercicio físico, sabemos que las personas mayores que realizan actividad física, aunque de jóvenes fueran sedentarias, están más protegidas frente a agresiones biopsicosociales que los ancianos que en su juventud hicieron mucho ejercicio y en el declinar de su vida se han vuelto sedentarios. Este hecho indica que nunca es tarde para iniciar la práctica del mismo. No sólo es recomendable el ejercicio aeróbico, sino que puede complementarse con tablas de ejercicio de fuerza siempre que esté controlado por personal especializado (6). Una de las amenazas al equilibrio entre la salud física, emocional, social y económica es la jubilación. Éste es uno de los cambios más importantes de esta etapa y puede ser vivida de diferentes maneras, por

ejemplo, puede ser esperada con gran deseo y expectativas positivas al tener planes futuros y representar un cambio que acerque a la pareja a compartir actividades, dedicar más tiempo a la recreación y amigos, e incluso, replantearse un proyecto de vida futuro. Sin embargo, la jubilación también puede ser experimentada con incertidumbre ya que puede afectar la economía y restringir el número de contactos sociales, además se experimenta la pérdida de roles, del estatus alcanzado durante toda la vida y con ello, hay un decremento en el auto-concepto. Por ejemplo, al dejar de trabajar se abandonan actividades y roles de responsabilidad ganados durante décadas, lo cual puede generar una sensación de pérdida y de control sobre la propia vida. Así, no es raro que se presente el temor de no sentirse útil intelectual y socialmente, a un deterioro en la forma de auto-percibirse y, probablemente, se experimente un sentimiento de poca valía. Hace algún tiempo, se pensaba que las mujeres eran particularmente susceptibles a la

depresión cuando los hijos se iban de la casa y ellas enfrentaban el “síndrome del nido vacío”, sintiendo una pérdida profunda de propósito e identidad. Sin embargo, los estudios científicos no demuestran un aumento de depresión en las mujeres en esta etapa de la vida.

Al igual que en los grupos jóvenes, más mujeres que hombres padecen de depresión en la vejez. Similarmente, en todas las edades, el no estar casado (incluyendo la viudez) es un factor de riesgo para la depresión. Lo más importante es que la depresión no se debe considerar como una consecuencia normal de los problemas físicos, sociales y económicos que se enfrentan en la tercera edad. De hecho, hay estudios que muestran que la mayoría de las personas adultas se sienten satisfechas con su vida.

Cientos de miles de personas quedan viudas cada año. En su mayoría estas personas son mujeres de mayor edad, y presentan un cuadro de síntomas depresivos bien variado. La mayoría no necesita tratamiento, pero aquellas con

tristeza moderada o severa parecen mejorarse al asistir a grupos de apoyo o recibir otros tratamientos psicosociales. Sin embargo, una tercera parte de las personas viudas, sean hombres o mujeres, tienen un episodio de depresión grave en el primer mes luego de la muerte del cónyuge, y la mitad de éstas permanecen clínicamente deprimidas por un año.

Estos trastornos depresivos responden al tratamiento con antidepresivos, pero todavía se está investigando cuándo es el mejor momento para comenzar la terapia y cómo se deben combinar los medicamentos con tratamientos psicosociales.

La menopausia, en general, no representa un aumento en el riesgo de la depresión. De hecho, hay estudios que han demostrado que la depresión durante la menopausia, aunque anteriormente se consideró como un trastorno específico, no es diferente a la de otras edades. Las mujeres más propensas a sufrir de depresión durante esta etapa son aquellas con un historial de episodios

depresivos previos. Las adultas mayores son más propensas que los hombres a sufrir depresión y a permanecer deprimidas, indicó un estudio (7).

La evaluación geriátrica con su enfoque multidimensional e interdisciplinario, incluyendo la evaluación de la capacidad funcional, es fundamental para obtener una mayor sensibilidad diagnóstica, para mejorar la elección del tratamiento y el seguimiento de los pacientes y aumentar la capacidad de predicción, para lograrlo se requiere de pruebas estandarizadas que miden niveles elementales de función física como: comer, moverse, asearse, o contener los esfínteres; valoran la capacidad básica de la persona para cuidar de ella misma (8).

Denominadas Actividades de la vida Diaria Básicas (AVDB): Las actividades básicas constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son consideradas como aquellas imprescindibles para sobrevivir. Por debajo de ellas, tan sólo quedan las funciones vegetativas (respiración, mantenimiento de la tensión arterial, excreción, etc.). La información derivada de estas actividades básicas se ha utilizado para desarrollar líneas predictivas acerca de resultados funcionales relacionados con enfermedades específicas y de sus tratamientos, para describir estados de severidad de patologías, para planificar decisiones de ubicación, para determinar la elegibilidad de cuidados prolongados y, a otros niveles, para establecer nuevas políticas sociales. Existen numerosas

escalas que las evalúan. En general, todas incluyen al baño, vestido, comida. La incontinencia, transferencias, movilidad y cuidado personal no aparecen de forma tan constante. Algunos discuten si la continencia es una actividad básica o si es una función fisiológica y, por tanto, resulta o no pertinente su inclusión. Lo que es cierto es que aporta datos necesarios a la hora de planificar cuidados.

El Katz, surgido en 1959 con el ánimo de delimitar y de definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera, es probablemente el más utilizado. Mide dependencia de otros y pretende ser jerárquico, permitiendo categorizar en niveles de dependencia (A-B-C...).



Una consecuencia de esta categorización jerárquica es la de los sujetos inclasificables, aunque ello no sucede más allá del 10% (8,9).

A continuación se describe el Katz: Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.

·Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del servicio, vestirse y bañarse.

·Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.

·Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.

·Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.

·Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del servicio y otra función adicional.

·Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del servicio, movilidad y otra función adicional.

·Dependiente en las 6 funciones.

Otros. Dependiente en al menos 2 funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican a continuación. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

Bañarse (con esponja, ducha o bañera).

·Independiente: necesita ayuda para bañarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

·Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.

Vestirse.

·Independiente: toma la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos, utiliza cremalleras; se excluye el atarse los zapatos.

·Dependiente: no se viste solo o permanece vestido sólo parcialmente.

Usar el servicio.

·Independiente: accede al servicio, entra y sale de él; se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores (puede utilizar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el servicio.

Movilidad.

·Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla (puede usar o no soportes mecánicos).

·Dependiente: precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia.

·Independiente: control completo de la micción y defecación.

·Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total; control total o parcial mediante enemas, sondas o el uso reglado de orinales y/o cuñas.

Alimentación.

·Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan).

·Dependiente: precisa ayuda para el acto de alimentarse; no come en absoluto (9).

Escala de evaluación de las AIVD: Escala de Lawton.

Útiles en la detección de los primeros grados de deterioro funcional. Valoran niveles de funcionamiento más elevados como: la capacidad del paciente para realizar tareas domésticas, ir de compras, manejar dinero, etc. Son actividades que se suponen necesarias para vivir de una manera independiente. Dicho de otra forma, miden la adaptación al entorno.

Al igual que las actividades avanzadas, se encuentran "contaminadas" por matices sociales, que hacen que se consideren como instrumentales diferentes actividades en diferentes países, al reflejar demandas socialmente determinadas en cada sociedad concreta.

En algunas utilizadas en países anglosajones se incluye el cuidado del jardín, algo no acostumbrado en nuestro medio. Una de las más utilizadas y estudiadas es la escala de Lawton. Es una escala que mide capacidad y tiene un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94). Dentro de los ítems de esta escala, cinco de ellos tienen propiedades de escala: utilización de medios de transporte, hacer la comida, hacer la compra, preparar las comidas y manejar el dinero, de manera que lo primero que se perdería es el transporte y lo último, el manejo del dinero (8).

Levantarse y caminar.

La prueba “Levantarse y caminar” corresponde a una evaluación que debería realizarse dentro de una evaluación de rutina cuando se trata con adultos mayores. Su objetivo es detectar a las “personas propensas a caerse” e identificar a aquellas que necesitan una evaluación.

El personal debe estar capacitado para realizar la prueba “Levantarse y caminar” cuando el paciente ingresa al hospital o consultorio e interrogar a aquellos que presentan problemas para caminar o de equilibrio para prevenir las caídas.

El problema de la investigación:
 Evaluar aspectos de calidad de vida en personas de la tercera edad, que acuden a consulta al servicio de geriatría, del Hospital General de Tijuana, B.C., México.

¿CÓMO SURGIÓ LA IDEA DE REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN?

La inquietud en la realización de esta investigación, es saber cómo se perciben las personas de la tercera edad respecto a su salud, estado emocional y área social. Y como requisito para obtener la Maestría en Psicopedagogía Clínica.

Se requirió de la asesoría del Dr. Clemente Zuñiga Gil, siendo el especialista de Geriatria y Jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital General de Tijuana, se accedió a dicha institución, teniendo la oportunidad de interactuar con estos pacientes dentro de su consulta y sala de espera, con la finalidad de estructurar dicha investigación. Se indagó en libros y artículos de geriatría, medicina interna y psicología.

JUSTIFICACIÓN.

Al obtener las percepciones del estado de salud, área social y emocional de los sujetos podremos intervenir, implementando programas de promoción de la salud para personas de edad avanzada, como ejercicio físico, consulta de psicología, pláticas de nutrición, talleres de arte, etc. También integrar al resto de la familia, en actividades donde se les informe, el cómo ayudar a una persona de la tercera edad.

LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General: Conocer los factores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a consulta de geriatría del Hospital General de Tijuana.

Objetivos Específicos: Determinar qué factores físicos influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.

Determinar qué factores relacionados con dolor corporal influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.

Determinar qué factores de la salud general influyen en la calidad de vida de los adultos mayores. Determinar si la vitalidad influye en la calidad de vida de los adultos mayores. Determinar si el funcionamiento social influye en la calidad de vida de los adultos mayores.

Determinar si el rol emocional y la salud mental influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en personas de la tercera edad, que nos permitió describir los factores que interfieren en su calidad de vida.

Se estudió una muestra total de 100 pacientes que acudieron a la consulta externa de geriatría del Hospital

General de Tijuana, lo que corresponde aproximadamente al 10% de la atención anual. Cada paciente firmó una hoja de consentimiento informado y contestaron a las interrogantes de la hoja de recolección de datos estudio QOL.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que afectan la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a consulta de geriatría al Hospital General de Tijuana, B.C.?

Hipótesis: Los factores físicos, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental afectan la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a consulta de geriatría al Hospital General de Tijuana, B.C.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se realizó con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados.

Características demográficas de adultos mayores.

Requieren cuidador para realizar sus actividades diarias:

Total_____ 100 personas

Sexo

Masculino_____ 38

Femenino_____ 62

Edad

Promedio de hombres_____ 76.4 máxima 93 años, mínima 60 años.

Promedio de mujeres_____ 78.1 máxima 94 años, mínima 62 años.

Nivel educativo en años

Hombres promedio máximo_____ 6 años

Hombres promedio mínimo_____ 2.07 años

Mujeres promedio máximo_____ 9 años

Mujeres promedio mínimo_____ 2.15 años

Leer y escribir

Total_____ 69

Hombres_____ 32

Mujeres_____ 37

Estado civil

Soltero

Hombres_____ 7

Mujeres_____ 7

Casado

Hombres_____ 17

Mujeres_____ 16

Viudo

Hombres_____ 12

Mujeres_____ 34

Divorciado

Hombres_____ 1

Mujeres_____ 4

Separado

Hombres_____ 1

Mujeres_____ 1

En el área laboral se clasificó de la siguiente manera: A: No trabajo, B: Obrero, agricultor, artesano, albañil, constructor, plomero, mecánico, taxista, pepenador, estilista, empacador. C: Ventas, comerciante, secretaria, cajera. D: Hogar, cocinera, costurera, limpieza. En total 29 sujetos no trabajaron, 36 trabajaron como obreros, 15 empleados administrativos y 20 empleados domésticos. Como obreros 31 hombres y 5 mujeres, empleados administrativos 9 mujeres y 6 hombres, empleados domésticos 19 mujeres y 1 hombre. Los sujetos comentaron que todos requieren apoyo económico, 4 pacientes no lo reciben, siendo 1 mujer y 3 hombres. 96 pacientes reciben apoyo. 82 lo reciben de su hijo (a), 13 de otros familiares, 2 de no familiares, 1 pensionado del IMSS. Fueron 99 pacientes afiliados al Seguro Popular. Dentro del ingreso aproximado al mes 10 de los pacientes reciben menos de \$500 pesos al mes, 59 de ellos entre \$500 y \$1000 pesos y 31 entre \$1000 y \$5000. En cuestión de vivienda 63 pacientes habitan en una propia, 27 de ellos rentan, 10 comparten la vivienda. Dentro de las creencias religiosas 99 pacientes creen en un Dios, un hombre no tiene religión. 88 de ellos practican su religión, 12 no la practican. En el área social 3 mujeres y 2 hombres tienen algún tipo de actividad.



Prevalencia de dependencia funcional y de deterioro cognoscitivo.

Requieren cuidador para realizar sus actividades diarias.

Total_____	42
Independientes	
Total_____	58
Dependen de su cónyuge:	
Hombres_____	5
Mujeres_____	7
Dependen de un hijo (a):	
Hombres_____	6
Mujeres_____	16
Dependen de nieto (a):	
Hombre_____	2
Mujer_____	0
Abandono familiar	
Hombre_____	1
Mujer_____	1
Abandono social	
Hombre_____	1
Mujer_____	1

MMSE Mini-Mental State Examination de Folstein.

Total 30 puntos. Menor 24 = Deterioro Cognitivo

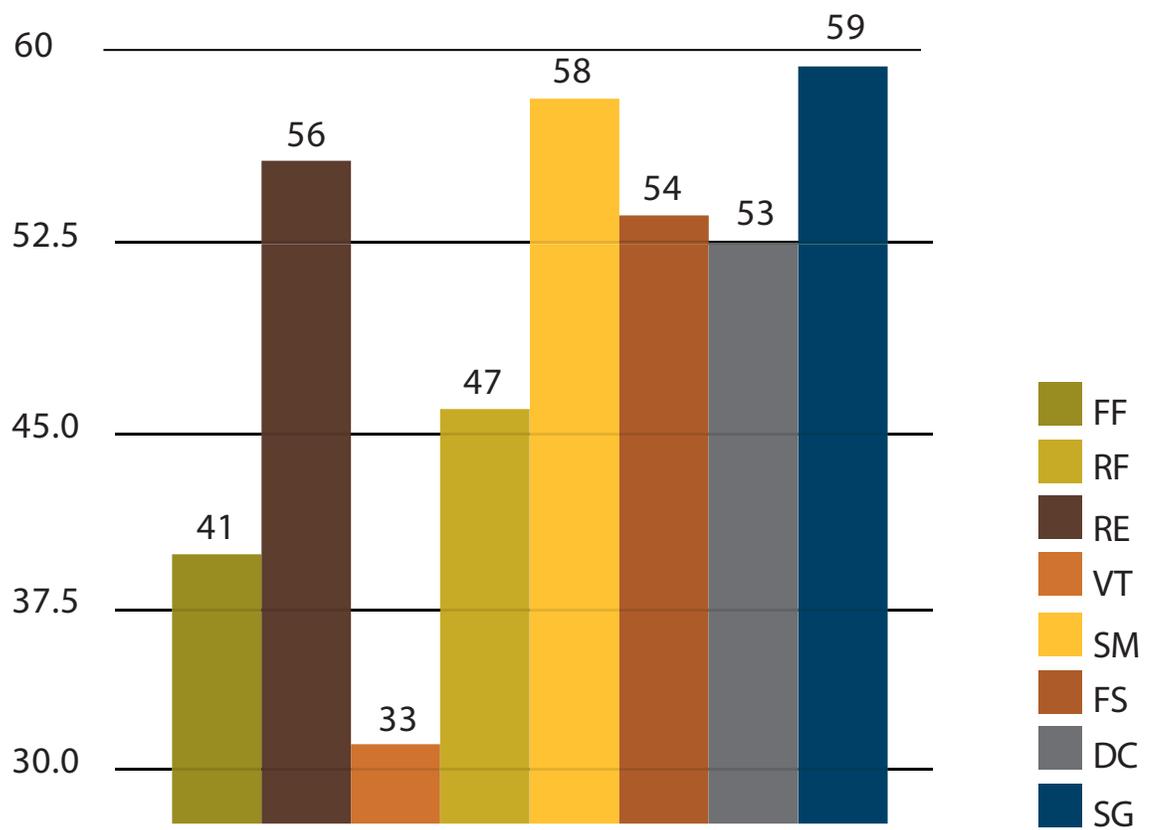
Promedio de la población:	24.65 puntos
Menos de 24 puntos:	38 pacientes
Menos de 20 puntos:	5 pacientes

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

GDS	0-5: Normal.
	6-9: Depresión leve.
	>10: Depresión establecida.

Resultados : 52 Pacientes presentaron más de 10 puntos, siendo el promedio 7.62.

La depresión prevaleció en los pacientes evaluados, presentando síntomas como la pérdida de interés por las cosas, así como la capacidad para disfrutar, disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social, ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse e ideas de suicidio. También presentaron síntomas corporales y somáticos siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño con insomnio, pérdida de peso, falta de apetito, cansancio o falta de energía.



SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas. Ocho áreas: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y, h) salud mental (SM).

CONCLUSIONES.

En general la QOL percibida por los pacientes es de regular a mala. El mayor deterioro en la QOL se percibe en las áreas de función física, rol emocional y en la vitalidad. La depresión es prevalente en nuestra población lo que coincide con los hallazgos del SF 36. La prevalencia de deterioro cognitivo coincide con lo publicado con anterioridad. En las áreas de función física, rol emocional y vitalidad, estos pacientes manifestaron pérdidas físicas siendo estas relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, lo cual el 68% de los pacientes presentaron la pérdida o disminución en la capacidad del funcionamiento en general, pérdida o disminución en la movilidad y pérdida o disminución en el estado de salud. Por lo tanto, estos pacientes poseen una reducción de la movilidad y deben depender de otras para desplazarse y realizar sus actividades diarias. El deterioro físico y los múltiples trastornos orgánicos constituyeron uno en los principales focos de ansiedad para el paciente de la tercera edad. Dicha ansiedad se observó incrementada en los pacientes, por la suma de otros factores como cercanía final de la vida, término de la actividad laboral, la jubilación y consiguiente desocupación económica, como consecuencias de la reducción de los ingresos recibidos por el individuo. La elaboración y planificación de esta investigación, nos ofrece la metodología y valoraciones necesarias para conseguir los factores de calidad de vida, a nivel físico, psicológico y emocional de todos los participantes.

La cultura en la educación del adulto mayor forma en nuestros días un proceso de gran importancia, con ella pueden lograrse una mejor forma de vida donde existan, planes, proyectos, esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades y de sus valores. Así prepararlo para desarrollar una vida más saludable tanto psicológica como físicamente.

Bibliografía.

- 1.- Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de vida?, Grupo WHOQOL. En : Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.
- 2.- Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300.
- 3.- Gómez V M. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [seri en Internet]. [Citado 5 abril 2006]: [aprox.12p]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
- 4.- Ware J, Keller S, Gandek B, Brazier J, Sullivan M, the IQOLA Project Group. Evaluating translation of health status questionnaires: Methods from the IQOLA Project. *Int J Technol Assess Health Care* 1995;11(3):525-551.
- 5.- Referencia: Nove, G. Lluch, T y Rourera, A (1991). Enfermería psicosocial II. En: aspectos psicosociales del paciente crónico. Barcelona. Salvat.
- 6.- Carlos de Teresa, facultativo del Centro Andaluz de Medicina del Deporte REVISTA ANDALUZA DE MEDICINA DEL DEPORTE se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la salud. Disponible en internet: www.elsevier.es/RAMD Depósito legal: SE-2821-08 ISSN: 1888-7546
- 7.- Artículo tomado del libro "Disfruta la vida, es un verdadero milagro" (2008) de la autora Margarita Cardeño Sanmiguel (Psicóloga-Psicogeriatra Clínica e investigadora del Grupo Familia y Desarrollo Humano Línea Vejez Sana y Patológica de la Universidad Simón Bolívar).
- 8.- Ariño S, Benavent R. La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. *JANO* 2002; 62 (1435): 41-3.
- 9.- Katz S, Ford AB, et al (1963) *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardised measure of biological and psychosocial function* *Journal of the American Medical Association* 185, 914-919 .
- 10.- MMSE por Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J. Psych. Res.* 1975; 12 (3): 189-198. GDS (Geriatric Depression Scale) Yesavage JA. *GDS. Psychopharmacol Bull* 1988; 24:709