



Fecha de recepción: noviembre 5 de 2020
Fecha de aceptación: agosto 24 de 2021

ARTÍCULO DE ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.1.613.042>

Salud y calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano

Health and self-perceived quality of life of older adults in a Colombian Caribbean municipality

GLORIA ESTHER VILLARREAL AMARIS¹, CLAUDIA PATRICIA PÉREZ AGUAS²,
ADELA USTA CARRILLO³

¹ Universidad de Sucre.

gloria.villarreal@unisucra.edu.co, maestriasaludpublica@unisucra.edu.co.
Orcid: <https://orcid.org/0000-00019577-0160>.

² Magíster en Salud Pública, Universidad de Sucre. Universidad de sucre.

perezaguas@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0230-0192>.

³ Magíster en Salud Pública, Universidad de Sucre. Universidad de sucre.

adeusta@hotmail.com, austa@calidadeps.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9566-3517>

Correspondencia: Adela Usta Carrillo, adeusta@hotmail.com, austa@calidadeps.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre calidad de vida y salud autopercebida en adultos mayores atendidos en las instituciones prestadoras de servicios de salud en un municipio del Caribe colombiano.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con diseño observacional y con una fase correlacional, en una muestra de 365 adultos mayores seleccionados probabilísticamente que asisten al programa del Adulto mayor en las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud en un municipio del Caribe colombiano.

Se aplicó una encuesta sociodemográfica, el Índice multicultural de calidad de vida y la inclusión de dos preguntas para medir la salud autopercebida. Se usó la estadística descriptiva y un modelo de regresión logística multivariada. Se mantuvo la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y se diligenció el consentimiento informado.

Resultados: La percepción global de la calidad de vida en un 54 % fue deficiente, como regular en un 56 % autoperciben su salud como positiva; y un 44 % (161) como negativa. Las dimensiones con mayores puntuaciones fueron Bienestar psicosocial (55 %), autocuidado y funcionamiento (52 %), funcionamiento interpersonal (52 %), satisfacción espiritual (60%) y con menor puntuación: bienestar físico (51 %), apoyo social (50) y satisfacción personal (51 %).

Conclusión: Se encontró relación en las variables de calidad de vida y de salud autopercebida: en cuanto mayor autonomía, hay buena percepción de la salud, pero a mayor deterioro físico, insatisfacción interpersonal y deficiente apoyo social, los adultos mayores tienen baja percepción global de su calidad de vida y de su salud.

Palabras clave: calidad de vida, salud, adulto mayor, percepción. (Fuente: DeCS, Birem).

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between quality of life and self-perceived health of the elderly treated in Health Services facilities of the elderly from a Colombian municipally Caribbean 2019.

Method: A descriptive, cross-sectional study was carried out with an observational design and a correlational phase, in a sample of 365 probabilistically selected older adults, who older adult program in the different health service providers from a Colombian municipally Caribbean. A sociodemographic survey, multicultural quality of life index and self-perceived health questionnaire were applied. Descriptive statistics and a multivariate logistic

regression model were used. The confidentiality of the information, the anonymity of the participants, and the informed consent were filled out.

Results: The overall perception of quality of life was 54% deficient as a regular, 56 % self-perceive their health as positive; and 44 % (161) as negative. The dimensions with the highest scores were Psychosocial Welfare (55%), Self-Care and Functioning (52 %), Interpersonal Functioning (52 %), Spiritual Satisfaction (60 %) and with lower score: physical well-being (51 %), social support (50) and personal satisfaction (51 %).

Conclusion: There was a relationship in the variables of quality of life and self-perceived health in terms of greater autonomy there is a good perception of health, but to greater physical deterioration, interpersonal dissatisfaction, poor social support older adults have low overall perception of their quality of life and health.

Keywords: quality of life, health, older adult, perception. (Source: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un hecho mundial (1) en crecimiento que significa uno de los principales retos para la salud; en especial en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible, e implica transformaciones sociales, políticas y culturales. La población de más de 60 años es el segmento demográfico que más rápidamente está creciendo (1).

Según los dos últimos censos, Colombia está siguiendo la tendencia mundial, en 2019, el 13.5 por ciento de los colombianos son mayores de 60 años (2), y en el departamento de Bolívar, para 2020 se registra un aumento del 20 % en relación con 2015 duplicando así el 10.3 % del crecimiento poblacional para 2020, sin embargo, sus condiciones de vida serán preocupantes (3)

Se ha dicho, con razón, que “se envejece según se ha vivido”, y esto presupone que los cambios en la esfera social cuando el individuo llega a una edad avanzada están determinados por su conducta social previa (4), circunstancias que determinan el patrón de envejecimiento de cada persona y el estado de salud al envejecer que van a afectar su calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (5).

Al hablar de calidad de vida se tiene que dar importancia a las cosas relativas a las que las personas dan cierto valor en su vida, y debe venir siempre del mismo individuo (6), valorando su percepción en torno a qué tan bien viven, cómo evalúan su vida, su calidad de vida, es decir, una evaluación de su vida desde el bienestar subjetivo (7).

Por eso, la salud autopercibida es uno de los indicadores de salud más utilizados en la investigación en calidad de vida para medir aspectos subjetivos, pues se considera un fiel reflejo de la valoración del estado de salud en que se percibe el individuo (8).

La importancia de esta medida radica en su fuerte asociación con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios. Algunos autores han sugerido, incluso, que podría comportarse también como un potente predictor de mortalidad; de ahí el valor de su medición (9).

Por tanto, valorar la autopercepción de la CV y de la salud ayudará a mejorar la planificación y organización de la atención en salud para esta población, debido a la presión que ejerce la magnitud y la rapidez del crecimiento de los adultos mayores en las políticas públicas.

En este contexto, se presenta esta investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre calidad de vida y salud autopercibida de los adultos mayores atendidos en las instituciones de salud en el municipio del Caribe colombiano.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal, con una fase correlacional en una muestra probabilística de 365 adultos mayores de 60 años vinculados a las diferentes instituciones prestadoras de salud de la red pública y privada de un municipio del Caribe colombiano, que firmaron el consentimiento informado. Cualquier limitación mental que le impidiera proporcionar la información requerida en los instrumentos fue criterio de exclusión.

Se aplicó una encuesta sociodemográfica, la cual incluyó las características del individuo, que según la literatura pueden incidir en la percepción de la CVRS en los AM, el Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI/Sp) validado en Colombia, que ha reportado un Alfa de Cronbach de 0,81(10). Este índice permite medir el concepto calidad general de vida, entendido en este estu-

dio como el conjunto global que integra el nivel de salud y de calidad de vida, soportado en bienestar físico, psicológico/emocional, autocuidado, funcionamiento independiente, ocupacional e interpersonal, apoyo social, comunitario, plenitud personal y espiritual (10). Se realizó prueba piloto con 25 adultos mayores que no hicieron parte del estudio para determinar el nivel de comprensión de las preguntas del instrumento, así como también su fiabilidad. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,803.

La autopercepción de la salud se valoró mediante la inclusión de las preguntas “¿cómo considera su salud?” y “cómo compara su salud con la de otras personas de la misma edad”, cuyas opciones de respuesta se categorizaron en dos categorías: Positiva y Negativa. El tiempo de aplicación fue de 10 minutos, como lo referencian Herrera y colaboradores (10).

Para el análisis estadístico se empleó el *software* paquete estadístico SPSS versión 23.0 SPS. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, un análisis de regresión logística multivariada y se realizaron las razones de Momios (odds ratios) con sus intervalos de confianza para establecer las posibles asociaciones.

El estudio respetó consideraciones éticas de acuerdo con las normas internacionales (11), y de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 del 4 de octubre 1993 del Ministerio de Salud de Colombia se consideró “Sin riesgo” (12). La investigación contó con el aval del Comité de Ética institucional.

RESULTADOS

De los datos sociodemográficos destacamos que los AM presentaron edades entre 60 y 69 años (71 %), de sexo femenino el 63 %; casados el 36 %, viudos el 27 % y solteros 25 %, con trabajos informales el 59 %, están afiliados al régimen subsidiados el 82 %, son católicos el 61% y cuentan con el apoyo familiar el 73 5 %.

Respecto a la valoración de la dimensión bienestar y funcionamiento expresadas en la tabla 1, se evidencia que el bienestar físico fue la dimensión peor valorada entre las que se consideraron, por más de la mitad (51 %) de los AM y tiene una buena percepción de las dimensiones bienestar psicosocial el (55 %), autocuidado y funcionamiento el 52 % y funcionamiento ocupacional el 47 %.

Tabla 1. Índice de calidad de vida autopercibida según bienestar físico, bienestar psicosocial, autocuidado y funcionamiento ocupacional, 2019

Dimensiones	Buena		Regular		Malo		IC95
	n	%	n	%	n	%	
Bienestar físico	106	29	186	51	73	20	16,43
Bienestar psicosocial	202	55	135	36	28	9	
Autocuidado y funcionamiento	191	52	165	45	9	3	
Funcionamiento ocupacional	171	47	179	49	15	4	

Fuente: elaboración propia de los autores, 2019.

El 52 % de los AM tienen buena percepción del funcionamiento interpersonal, pero una mala percepción de las dimensiones apoyo social/emocional y la dimensión apoyo comunitario y de servicio, con un 50 y 36 %, respectivamente; aspectos importantes para considerar por la trascendencia que tienen en la calidad de vida y el significado del apoyo en la cotidianidad del AM.

Tabla 2. Índice de calidad de vida según dimensiones funcionamiento interpersonal, apoyo social y comunitario, 2019

Dimensiones	Bueno		Regular		Malo		IC95
	n	%	n	%	n	%	
Funcionamiento interpersonal	193	52	155	42	17	6	7,07
Apoyo social/emocional	163	45	185	50	17	5	
Apoyo comunitario y de servicio	177	48	131	36	57	16	

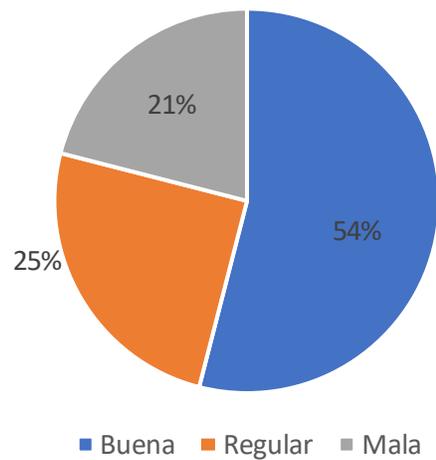
Fuente: elaboración propia de los autores, 2019.

La tabla 3 evidencia que los AM tienen una buena satisfacción espiritual (60 %), pero mala percepción de su satisfacción personal (57 %) y calidad de vida regular con un 54 % referida en la gráfica 1.

Tabla 3. Índice de calidad de vida autopercebida según satisfacción personal, satisfacción espiritual y percepción global de calidad de vida, 2019.

Dimensiones	Bueno		Regular		Malo		IC95
	n	%	n	%	n	%	
Satisfacción personal	158	43	186	51	21	6	14,96
Satisfacción espiritual	218	60	128	35	19	5	
Percepción global de calidad de vida	170	46	175	48	20	6	

Fuente: elaboración propia de los autores, 2019



Fuente: elaboración propia de los autores, 2019.

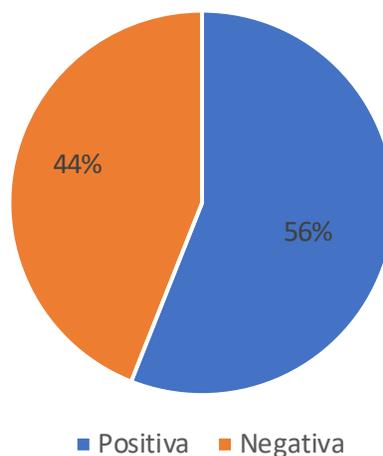
Gráfica 1. Autopercepción de la calidad de vida global

Con relación al interrogante ¿cómo considera su salud?, el 56 % autopercibe su salud como positiva (gráfica 2). ¿Al comparar su salud con la de otras personas de su misma edad?, la suya la considera también positiva (55.89 %) y negativa el 44.11 % (161) (tabla 4).

El factor sociodemográfico grado de ocupación condiciona la salud autopercibida de los AM, en la medida que tener un trabajo independiente y percibir de él un ingreso aumenta en una 2,3 veces más probabilidad de tener una buena autopercpción de la salud (OR= 2,331; IC 95 % = 0,125 – 0,833 (Prueba Hosmer y Lemeshow $p > 0,05$).

Estar afiliado al sistema de seguridad social en salud aumenta en 3,2 veces la posibilidad de tener una buena percepción de la salud (OR= 3,199 IC 95 % = 1,758-4,236) (Prueba Hosmer y Lemeshow $p > 0,05$) (tabla 5).

Respecto a la relación entre percepción de la calidad de vida y salud autopercibida medida a través del modelo multivariado de regresión logística binaria, se encontró que los adultos mayores que consideraron su estado de salud como positiva o buena refieren que su calidad de vida también fue considerada como buena, y tener un estado de salud negativo o malo lo relacionan con tener una calidad de vida regular; el estado de salud y la calidad de vida tienen una asociación positiva, que aunque es débil, indica que su influencia sobre la calidad de vida es directamente proporcional.



Grafica 2. Salud autopercibida del adulto mayor según el interrogante
¿Cómo considera su salud?

Tabla 4. Salud autopercibida según su salud comparada con la de otro adulto mayor de su misma edad de El Carmen de Bolívar, 2019

VARIABLES	Salud Autopercibida				Total	CH2	P. Valor	
	Negativa	%	Positiva	%				
¿Comparada su salud con otras personas de la misma edad, la suya es?	Muy mala	1	100.00	0	0.00	1	152, 543a	0
	Mala	27	96.43	1	3.57	28		
	Regular	116	68.64	53	31.36	169		
	Buena	17	11.56	130	88.44	147		
	Muy buena	0	0.00	20	100.00	20		
Total	161	44.11	204	55.89	365			

Fuente: Prueba de hipótesis con Chi cuadrado, 2019.

Tabla 5. Salud autopercibida según factores sociodemográficos

Factores sociodemográficos	Salud Auto percibida				Total	CH2	P. Valor	
	Negativa	%	Positiva	%				
Sexo	Femenino	101	43.91	129	56.09	230	-0.005	0,504
	Masculino	60	44.44	75	55.56	135		
Total		161	44.11	204	55.89	365		
Edad	60 a 69 años	117	45.35	141	54.65	258	1, 434a	0.488
	70 a 79 años	33	38.82	52	61.18	85		
	80 años en adelante	11	50.00	11	50.00	22		
Total		161	44.11	204	55.89	365		
Estado civil	Casado	56	42.42	76	57.58	132	1, 591a	0.810
	Soltero	41	41.00	59	59.00	100		
	Unión libre	33	48.53	35	51.47	68		
	Divorciado	6	42.86	8	57.14	14		
	Viudo	25	49.02	26	50.98	51		
Total		161	44.11	204	55.89	365		

Continúa...

Factores sociodemográficos		Salud Auto percibida				Total	CH2	P. Valor
		Negativa	%	Positiva	%			
Ocupación	no trabaja	95	45.89	112	54.11	207	6,582a	0.037
	Trabajo independiente	66	44.00	84	56.00	150		
	Empleado	0	0.00	8	100.00	8		
Total		161	44.11	204	55.89	365		
Religión	Católico	95	42.60	128	57.40	223	1,525a	0.91
	Protestante	43	44.79	53	55.21	96		
	Ateo	1	33.33	2	66.6	3		
	Agnóstico	1	50.00	1	50.00	2		
	Testigo de jehová	2	40.00	3	60.00	5		
	otros	19	52.78	17	47.22	36		
Total		161	44.11	204	55.89	365		
Régimen de salud	Subsidiado	125	41.67	175	58.33	300	4,078a	0.043
	Contributivo	36	55.38	29	44.62	65		
Total		161	44.11	204	55.89	365		
Ingreso económico	Menor o Igual a 1 SMLV	99	40.24	147	59.76	246	8,463a	0.037
	Entre 1 y 2 SMLV	49	56.98	37	43.02	86		
	Entre 2 y 3 SMLV	12	42.86	16	57.14	28		
	Más de 3 SMLV	1	20.00	4	80.00	5		
Total		161	44.11	204	55.89	365		
Red de apoyo	Familiar	115	42.91	153	57.09	268	,748a	0.688
	Amigos	11	44.00	14	56.00	25		
	No tiene	35	48.61	37	51.39	72		
Total		161	44.11	204	55.89	365		

Fuente: elaboración propia de los autores, 2019.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación develan la importancia de estudiar la percepción de la calidad de vida y la salud de los adultos mayores como una parte fundamental para la planeación de la atención en salud que incluya, además, no solo los elementos objetivos, sino aquellas condiciones y factores que emanan de la percepción subjetiva de las personas mayores (13).

La dimensión de bienestar se asoció positivamente a la condición laboral y de autocuidado, y negativamente a la condición de bienestar físico; lo que parecería indicar que la existencia de comorbilidades influye en el juicio de valor de esta dimensión, concluyendo que la situación de dependencia conlleva más oportunidades de presentar mala calidad de vida y de salud.

Olivi (13) afirma que las actividades instrumentales de la vida diaria valoran funciones importantes para una vida independiente, lo cual se requiere para desempeñarse laboralmente, proclama que la independencia es el valor supremo de la vejez (13). Igual reporte hicieron Vargas y Melguizo et al. (14-15), quienes indican que a medida que aumenta la independencia funcional, mejora la percepción de su calidad de vida y su salud; quizás esto explique por qué los adultos mayores en este estudio calificaron positivamente tener autonomía y ser independientes.

La calidad de vida se asoció positivamente con la dimensión funcionamiento interpersonal y apoyo comunitario y de servicio en ambos géneros, lo que podría indicar que se encuentran satisfechos con el apoyo recibido, lo cual se refleja en la percepción del funcionamiento interpersonal. Este hallazgo constituye un factor protector para la salud del adulto mayor, en la medida que genera en ellos sensación de bienestar psicológico y emocional y estar satisfechos con el apoyo que reciben.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por Melguizo - Acosta y Vargas-Melguizo (16-17), que afirman que seguramente los adultos mayores estarían siendo beneficiados de los programas gubernamentales, los cuales están focalizados fundamentalmente en adultos mayores que tienen funcionamiento independiente y que cuentan con servicios de apoyo nutricional, apoyo psicosocial y ejercicios, entre otros. Torres y Flores (18) afirman que la salud de los adultos mayores como seres sociales depende sustancialmente de un intercambio interpersonal y prácticas sociales favorables, en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognoscitiva.

En este estudio, la dimensión apoyo social tuvo una mala puntuación; dato similar al encontrado por Requena en Cuba (19), que reportó percepción baja; resultados desfavorables a la dimensión satisfacción con la vida. Así mismo, Corugedo y Muñoz (20-21) informan que a menor apoyo, percibían menor calidad de vida relacionada con la salud. A diferencia a lo reportado por otros autores, que reportan un predominio de la categoría alta, evidenciándose elevados niveles de satisfacción con la misma (15,16,22,23).

La plenitud espiritual es la dimensión mejor calificada, datos coincidentes con otros estudios (16,24-25) que señalan que las puntuaciones altas en bienestar espiritual se relacionan con un menor sufrimiento psicológico. Consideran a esta dimensión como un recurso positivo para el cuidado de la salud y un recurso protector ante el sufrimiento en su condición de envejecimiento.

Con relación a la percepción global de la calidad de vida, la mayor parte de los AM que participaron en este estudio le otorga una baja puntuación a esta dimensión de la calidad de vida., datos coincidentes con otros estudios (26-27) en los que también se reporta baja calidad de vida. Este dato difiere de los hallazgos de diversos estudios, en los cuales se ha reportado una mejor calificación a la dimensión global de su calidad de vida (13,15,28,29).

Sin embargo, llama la atención que a pesar de que los AM tienen baja percepción de su calidad de vida, autoperciben su salud en forma positiva; condición que estuvo relacionada con factores sociodemográficos como tener una ocupación, contar con régimen de salud y tener un ingreso económico.

Lo anterior asegura que el contexto en el que el AM se desenvuelve condiciona su percepción sobre su calidad de vida (30), de tal manera que si se encuentra en un contexto óptimo para desarrollar adecuadamente sus actividades, autovalerse, tener una seguridad social y tener satisfacción personal tiene buena percepción de su salud.

CONCLUSIÓN

En este estudio, algunas dimensiones de la Calidad de vida mostraron estar asociadas a la plenitud espiritual, bienestar psicosocial, autocuidado y funcionamiento ocupacional e interpersonal, satisfacción espiritual; mientras que el tener algún padecimiento físico o comorbilidad, un deficiente apoyo social y deficiente satisfacción personal condiciona una mala percepción de calidad

de vida e incide en la percepción de su salud, lo cual reafirma que la calidad de vida se auto percibe de acuerdo con la satisfacción personal y autocuidado que tenga el adulto mayor.

Los hallazgos de este estudio aportan información sobre las dimensiones que se constituyen en factores protectores para fortalecerlas con acciones de fomento de la salud, así como, áreas que requieren intervención con acciones sanitarias focalizadas a las necesidades reales y sentidas del AM, que orienten la política pública y la planeación del cuidado del AM en el contexto local y regional.

Limitaciones

En este estudio no se discrimina la edad y el género, como lo refiere la literatura, lo que dificulta la comparación con otros autores; tampoco se consideró el estudio de la morbilidad sentida y prevalentes que puedan incidir tanto en la calidad de vida como en la autoperccepción de su salud.

Financiación: ninguna.

REFERENCIAS

1. Varela LE, Gallego EA. Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud Soc Uptc*. 2015;2(1): 7-14.
2. Censo nacional de población y vivienda - CNPV – 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.
3. Informe de coyuntura económica regional. DANE. Departamento de Bolívar 2016. https://www.dane.gov.co/files/icer/2015/ICER_Bolivar_2015.pdf
4. . Villafuerte J, Alonso Y, Alonso Vila Y, Alcaide Y, Leyva I, Arteaga C Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur* [Internet]. 2017 [citado 26 Sep. 2020]; 15(1):85-92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000100012&lng=es. doi.org
5. Fajardo Ramos Elizabeth, Córdoba Andrade Leonor, Enciso Luna Jhon Elkin. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. *Comunidad y Salud* [Internet]. 2016 Dic [citado 20 Sep 2021] ; 14(2): 33-41. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200005&lng=es

6. Robles AI, Rubio B, De la Rosa EV, Nava AH, Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*. 2016; 11 (3): 120-125.
7. Marcial N, Peña BV, Escobedo JS, Macías A. Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. *Estud Soc*. 2016;48:278- 303.
8. Peláez E, Débora L, Delia E. Factores asociados a la autopercpción de salud en adultos mayores. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2015 Dic [citado 20 Oct 2020]; 41(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400007&lng=es.
9. Morcillo V, Cáceres A de L, Domínguez P, Rodríguez R y Torijano M J. Desigualdades en la salud autopercibida de la población española ~ mayor de 65 años. *Gac.Sanit*.2014;28 (16) doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008
10. Herrera Arleth, Milanés Zuleima, Pulido Eber, Ramírez Danny y Pinillos Mónica. Confiabilidad de la escala Quality of Life Index (QLI- Sp) en pacientes hemodializados de dos unidades renales en Cartagena, 2008 [Tesis de grado]. Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería.
11. Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial. Principios éticos para investigaciones en salud. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
12. Ministerio de Salud. Colombia. Resolución 8430 del 4 de octubre. de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
13. Olivi A, Fadda G, Pizzi M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Pap. Pob*. 2015; 84: 227-249.
14. Vargas Ricardo SR. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con salud en adultos mayores Cartagena 2015 [Tesis de maestría]. Universidad de Cartagena.
15. Melguizo-Herrera E, Ayala-Medrano S, Grau-Coneo M, Merchán-Duitama A, Montes-Hernández T, Payares-Martínez C, Reyes-Villadiego T. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*. 2014;14(3): 537-548. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.8
16. Melguizo Herrera E, Acosta López A, Castellano B. Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Salud Barranquilla* [Internet] 2012;28(2):261-268
17. Vargas-RicardoSS, Melguizo-Herrera E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública* 2017;19 (4): 549-554. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.55806>

18. Torres WI, Flores MM. Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayor. *Revista de Psicología* 2018;36(1):9-48. doi.org/10.18800/psico.201801.001
19. Aponte Daza, Vaneska Cindy. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSB*, 13(2), 152-182. Recuperado el 20 de septiembre de 2021 de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es. 2015
20. Corugedo MC, García D, González V, Crespo GA, Calderín M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2014; 30 (2): 208-216.
21. Muñoz D, Gómez O, Ballesteros L. Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajo ingreso en Bogotá. *Rev. Salud Pública* 2014; 16 (2):246-259.
22. Alfonso FL, Soto CD, Santos FNA, Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas* 2016;20 (1):47-53.
23. Jocik-Hung G, Taset-Álvarez Y, Díaz-Coral Y. Bienestar Subjetivo y Apoyo Social en el Adulto Mayor. OLIMPIA. *Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma* 2017; 14(46):306-326.
24. Hassoun H, Bermejo JC, Villacieros M. Relación entre bienestar espiritual, calidad de vida y sentido del sufrimiento en una población de ancianos religiosos residentes en centros españoles. *Gerokomos* 2019. *Gerokomos* 2019;30 (3): 124-129.
25. Melguizo-Herrera E, Ayala-Medrano S, Grau-Coneo M et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*. 2014;14(3): 537-548. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.8
26. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, Miranda-Posadas C, Peralta-Cerda EG, , Durán-Badillo T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018;26(2):83-8
27. Arteaga IA, Silvestre-Bedolla DA. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Univ. Salud*. 2019; 21(2):113-118. Doi: doi.org/10.22267/rus.192102.144
28. Tucumá C. P. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en los centros de día de Bogotá. *Revista de Investigación e Innovación en Salud*.2019; 2: 12-21. Recuperado el 9 de octubre de 2020 de <http://revistas.sena.edu.co/index.php/rediis/article/view/2072>

29. Cardona-Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *MÉD.UIS*. 2016;29(1):17-27. doi: doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002
30. Valdez-Huirache MG, Álvarez-Bocanegra C, Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores a una unidad familiar. *Horiz. Sanitario* [internet]. 2018 Abril [citado 10 oct 2020]; 17(2):113-121. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?scrip=sci_arttxt&pid=2007-74592018000200113&ing=es. doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988