



CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA TERCERA EDAD. UNA ACTUALIZACIÓN DEL TEMA.

Carmen Regina Victoria García-Viniegras¹, Maritza González Blanco², Julio Fernández Garrido³ y Vicente Ruiz Ros⁴
Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Miguel Enríquez”
Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Resumen

Se realiza una sistematización de la información existente acerca del tema Calidad de Vida, señalándose los diferentes enfoques y dimensiones de este concepto. Se resalta la determinación socio-histórica, así como la interrelación entre lo social y lo psicológico, en especial la importancia de la valoración personal. Se analizan los componentes e indicadores y determinantes de la Calidad de Vida en la tercera edad, entre ellos: los problemas económicos, la salud percibida, la disponibilidad de apoyo social y familiar, la expectativa de futuro, la valoración del entorno, la percepción de utilidad, las habilidades funcionales, la utilización del tiempo y la satisfacción con la vida. Se revisan las dimensiones que han sido identificadas por los diferentes autores, así como los procedimientos de evaluación desarrollados.

Constituye un reto para las ciencias sociales, el abordaje teórico y metodológico en el estudio de la calidad de vida en personas de la tercera edad. Estos conocimientos permitirán el desarrollo de intervenciones individuales y grupales que optimicen las potencialidades de los ancianos, los haga capaces de adaptarse a las tareas, demandas y constricciones por la que ha de transitar y puedan así contribuir, con su legado, al desarrollo de la humanidad.

Palabras clave: salud de vida, tercera edad, conceptualización teórica.

¹ Doctora en Ciencias de la Salud. Investigadora Titular. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. crvictor@infomed.sld.cu

² Especialista en Psicología de la Salud. Hospital Hermanos Amejeiras. Cuba

³ Profesor de Enfermería, Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Valencia. España

⁴ Profesor de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Valencia. España



ABSTRACT

This work makes a systematization of the existent information about the Quality Life subject, pointing the different approaches and dimensions about this concept. It stands out the social and historical determination; also it takes the interrelation between the social and the psychological, taking special care of the importance of the personal value. It analyses the components and determinants of the Quality Life in old people, as example: the economical problems, the sensed health, the available social and familiar help, the future expectations, the value of the environment, the utility perception, the functional abilities, the use of time, and the satisfaction with life. It also checks the dimensions that have been identified by the different authors, and the developed evaluation procedures.

It makes a challenge for the social sciences the theoretic and methodologic approach used in the study of the quality live of old people. This knowledge will allow the development of individual and group interventions that increase the potential of old people, that make them capable to adapt to the duties, demands, and restrictions that they have to live with and to contribute, with is legacy, to the human development.

Key words: quality live, third age people, theoretic conceptualization

El concepto Calidad de Vida

El estudio de la calidad de vida es, sin dudas, un tema complejo y sobre el cual los científicos sociales no han logrado un consenso. El constructo Calidad de Vida no es nuevo, y ya desde la segunda mitad de los años 60 el concepto empezó a aparecer sistemáticamente en la literatura científica, consolidándose durante los años 70, sin embargo existe falta de acuerdo en su definición. Esta falta de acuerdo se debe, entre otras razones, a la diversidad de enfoques teóricos, así como a la complejidad de su estudio, determinada en mucho por su carácter temporal y su naturaleza plurideterminada (García Capote, 2005), donde intervienen factores objetivos y subjetivos.

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término “calidad de vida” en muy variados contextos. Políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas, lo usan indistintamente, al tiempo que representa una premisa o aspiración, que ha sido sustento de todo tipo de discursos. Su estudio constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus



enfoques. Los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico-biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción. En la actualidad se debate sobre varios problemas: su naturaleza objetiva o subjetiva, su delimitación de enfoques afines, su estructura, dimensional o global, así como los instrumentos y las medidas más idóneas para su evaluación.

Desde que en 1987 la Organización Mundial de la Salud, definió la salud, no como la ausencia de enfermedad, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social (OMS, 1987), el estudio de la Calidad de Vida como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención. El propio hecho de que el desarrollo social y tecnológico de la humanidad ha conllevado una prolongación de la esperanza de vida (“añadiendo años a la vida”), ha favorecido que se mire no sólo a la “cantidad” de años vividos, sino a la “calidad” de los mismos (buscando añadir “vida a los años”). Se impone pues trabajar en la definición de esta categoría, la identificación de sus determinantes, la elaboración de metodicas para su evaluación, el análisis de sus consecuencias y el establecimiento de bases de trabajo intervencionista que permitan su promoción.

En el trabajo sanitario enfocado en el sentido positivo, la evaluación de la calidad de vida cobra una especial significación. La calidad de vida y la salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella. Cuando un individuo se siente mal, se siente enfermo, eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser la familia, la laboral o la sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades.

Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien



físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales.

Una reflexión profunda sobre la calidad de vida nos evidencia que está estrechamente vinculada al funcionamiento de la sociedad, a las normas y valores sociales que el individuo debe asumir, pero sobre todo con las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en el que se desarrolla su vida, es decir, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal. Los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, que refractan la influencia exterior. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida tenemos, pues, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo. El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. De esta manera podemos afirmar que los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren de un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él.

El estudio riguroso de la calidad de vida es difícil no sólo por su naturaleza plurideterminada sino por existir, de hecho, dos grandes dimensiones, la dimensión objetiva y la subjetiva. En los modelos planteados en la literatura prevalecen dos tendencias fundamentales. La primera centrada en variables objetivas externas al sujeto, correspondiéndose con un enfoque sociológico y económico, que ha tratado de medir la calidad de vida utilizando preferiblemente la metodología de los indicadores de corte sociodemográfico. Dentro de estos estudios se encuentran los realizados por diversos organismos internacionales como por ejemplo el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD, 1990-2000). Entre los indicadores objetivos se encuentran los relacionados con la salud, tales como esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de



salud entre otros; los educacionales, donde se toma en consideración el índice de alfabetismo y el acceso a los servicios educacionales. Otros indicadores son de tipo económico propiamente tales como los ingresos per cápita, el Producto Nacional Bruto, o de tipo social como el índice de delincuencia.

No obstante, los datos utilizados en estas evaluaciones, y a pesar de que ya existen algunas herramientas que evalúan específicamente la Calidad de Vida desde el punto de vista objetivo (SF36 y otros) resultan, en muchas ocasiones, contaminados debido a sub-reportes. Existen indicadores que, a pesar de su importancia en la calidad de vida de la población, no resultan factibles de obtener, ya sea por la dificultad para su cuantificación o porque los datos no se registran. Las mediciones generalmente se llevan a cabo en el ámbito nacional o provincial; que si bien resultan válidas para hacer comparaciones de carácter internacional o nacional, no posibilitan discriminar al interior de las comunidades. Existen también controversias entre investigadores con respecto a la selección y el peso que merecen cada uno de estos indicadores debido a la carencia de modelos conceptuales y metodológicos. Los estudios que se orientan a un nivel macrosocial, no permiten examinar cómo se concretan tales indicadores en el individuo y que nivel de satisfacción estos le producen.

La segunda tendencia, considera a la calidad de vida como una dimensión subjetiva determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos en la elaboración de metodologías que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. Esta tendencia considera que lo más importante en la calidad de vida es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar. Muchos instrumentos han sido desarrollados para la evaluación de la calidad de vida percibida, considerando que, de cualquier manera, la calidad de vida percibida es un asunto personal (Vilagut, 2005; Ritvo, 2005; Norquist et al, 2005; Oldridge et al, 2005; Know, 2005).



Una posición conciliadora es la planteada por González Pérez al señalar “la necesidad de conjugar lo social-cultural y lo individual-personal”, al estudiar la calidad de vida, partiendo de la calidad de las condiciones de vida y estilos de vida de los individuos y las comunidades (González Pérez, 2002). Desde esta perspectiva un colectivo de investigadores dirigido por Cabrera (Cabrera 1998) elaboró la siguiente definición:

La calidad de Vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. Los factores objetivos que forman parte de la calidad de vida son consecuencia de las formas de organización de una sociedad históricamente determinada. En cuanto a los factores subjetivos, resulta importante el grado de satisfacción - insatisfacción que el sujeto alcanza en su vida, resultado del nivel de correspondencia entre aspiraciones y expectativas trazadas y los logros que, en relación a ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia. Este nivel de satisfacción, unido a la esfera emocional que caracteriza la vida humana, es justamente el bienestar psicológico.

Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume. Esto es un presupuesto teórico básico para la conceptualización de la calidad de vida.

El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. En el abordaje de la calidad de vida, los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren de un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él.

Algunos investigadores reconocen, además de los juicios valorativos sobre la vida, el papel que juegan las emociones. Identifican entre los componentes del bienestar, tanto la satisfacción con la vida como la presencia de afectos



placenteros. De esta manera, “Para que la persona tenga un alto nivel de bienestar ha de estar satisfecha con su vida, experimentar emociones placenteras con frecuencia y solo infrecuentes vivencias emocionales displacenteras” (Diener et al, 2003).

Las valoraciones que hace el individuo sobre la satisfacción con la vida pueden ser diferentes en las distintas esferas de la vida de la persona. Por esta razón muchos autores sugieren evaluar la satisfacción con la vida a punto de partida de un juicio global y no sólo a través de un área específica (Oishi y Diener, 2001). No obstante, el incremento en los últimos años de las investigaciones sobre la calidad de vida ha conducido al reconocimiento cada vez mayor, de su carácter multidimensional y por tanto a la identificación de componentes o dimensiones. Consideramos que la evaluación de la calidad de vida percibida debe orientarse a una medida general teniendo en cuenta la contribución de distintas esferas de la vida (Victoria, 2004).

En la evaluación de la calidad de vida ha de tenerse en cuenta la significación que cada área o dimensión tiene para cada individuo. Algunas propuestas metodológicas han tenido en cuenta este principio y se proponen evaluar la calidad de vida a punto de partida de dimensiones e indicadores seleccionados teniendo en cuenta el criterio de expertos –sobre la base de consideraciones teórico–metodológicas– y de la propia población, incorporando la importancia que las distintas dimensiones e indicadores tienen para cada individuo, de acuerdo a sus propias valoraciones (Piédrola, 1990).

Calidad de Vida y tercera edad

Especial atención ha recibido el estudio de la Calidad de Vida en personas de la tercera edad. En 1978 Larson publicó una excelente revisión de lo que denominó *30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los ancianos* (norteamericanos) (Larson, 1978). A la par de los estudios en enfermos crónicos, este ha sido el campo más estudiado en cuanto a componentes, indicadores y



determinantes de la Calidad de Vida, debido, en gran parte, al envejecimiento progresivo de la población.

Entre los determinantes de la Calidad de Vida en los ancianos, se han reconocido algunos problemas propios de esta etapa de la vida entre ellos los problemas económicos (46.3%) y los médicos (43%) seguidos de aquellos relacionados con la soledad (26.6%) y el rechazo familiar (11.5%) (Piédrola, 1990). Otros estudios han señalado que en los viejos las causas del llamado "vacío existencial" están relacionadas con la pérdida de roles, la reducción de la actividad y la participación y la pérdida de amigos y parientes, destacándose entonces la necesidad de una atención sanitaria en su sentido más integral (Lawton, 1989; Fernández Guerra, 2002).

Estudios realizados en Cuba (López Fernández, 1997; Arvelo, 1997; Fernández Martínez, 1998) han demostrado la importancia de aspectos tales como la familia, el apoyo social, los estados afectivos predominantes, la expectativa de futuro y la satisfacción con el presente relacionado con el logro de aspiraciones y la percepción de utilidad.

Si consideramos que la satisfacción y, por ende, el bienestar subjetivo no declina necesariamente con el incremento de los años, ni mejora ni empeora con la edad, ya que los individuos se adaptan a las circunstancias en las que se encuentran inmersos, el estudio del bienestar psicológico en la tercera edad cobra una especial significación, con el fin de desmistificar la imagen del anciano cansado y deprimido por ley natural (Jocik et al, 2000).

El bienestar subjetivo en esta época de la vida depende de las evaluaciones y percepciones que tengan los ancianos a partir de sus experiencias, de la capacidad de adaptación para afrontar los problemas. La consideración de los factores subjetivos nos lleva, al hablar del nivel de satisfacción del anciano, a prestar atención a los factores psicológicos al grado de satisfacción que los sujetos tienen en relación con su vida, o más bien de cómo perciben que esta ha transcurrido (Zaldívar Pérez 2005).



Según varios autores: “Los individuos que envejecen de manera óptima y logran una longevidad con bienestar, son aquellos que permanecen activos (física y socialmente), manejan adecuadamente la reducción de su mundo social y sustentan determinados valores personales” (Lehr, 2000; Zimmer y Lin, 1996).

Los estudios realizados en esta esfera identifican la existencia de varias dimensiones como determinantes de la Calidad de Vida de los mayores. Un análisis etnográfico realizado en España, en ancianos institucionalizados, permitió identificar 6 factores: salud percibida, valoración del entorno, satisfacción social, habilidades funcionales, utilización del tiempo y satisfacción con la vida (Fernández Garrido, 2004).

Una de estas dimensiones se refiere a las condiciones que rodean al individuo, es decir, el entorno. La evaluación de la calidad de vida a nivel individual - en tanto el individuo es portador de la subjetividad que emerge en la comunidad- ha de incluir el ámbito comunitario como una dimensión importante que también contribuye de manera significativa a la misma. López y colaboradores encontraron diferencias notables en cuanto a la contribución de las distintas dimensiones estudiadas en la percepción de la calidad de vida atendiendo a la zona de residencia (López Fernández, 1997). Es lo que algunos autores han llamado “el entorno”, haciendo referencia a cómo percibe el anciano el ambiente en que vive, sus condiciones materiales y relaciones sociales. El entorno debe permitir al anciano un sentido de posesión porque es una forma de vincularse a la vida, de mantener el interés y dotar de mayor calidad a su existencia, especialmente si tenemos en cuenta que los ancianos van reduciendo paulatinamente sus vínculos con la sociedad y con las personas ajenas a su entorno más próximo.

Las investigaciones sobre calidad de vida en el anciano han estado orientadas frecuentemente a la evaluación de la funcionalidad, entendida como la capacidad que tiene la persona de desarrollar actividades propias de la vida cotidiana, atenderse a sí mismo y desarrollarse en el medio familiar y comunitario (Pérez Duporte, 2002). En la vejez, el mantenimiento de la autonomía también tiene una gran incidencia en la calidad de vida. Estos aspectos han sido



abordados fundamentalmente a través de los registros de las llamadas “Actividades de la Vida Diaria”.

La medición de estas capacidades evalúa las respuestas del anciano a sus propias disfunciones, las cuales varían en función de sus atribuciones, creencias, afrontamiento, es decir, por aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, no sólo por causas fisiológicas. Lo importante es el sentido personal que las limitaciones poseen para el individuo en particular.

El estado funcional se define como la capacidad de una persona para llevar a cabo funciones de las esferas física, mental, social y afectiva.

En el anciano la adaptación a las nuevas formas de realizar algunas actividades o la incorporación a nuevas actividades, es de vital importancia para la satisfacción con la vida (Pérez Duporte, 2002). Resulta muy importante para ellos la autonomía.

La capacidad funcional de los ancianos suele evaluarse a través de 3 dimensiones, las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y las actividades avanzadas de la vida diaria. Las actividades básicas de la vida diaria consisten en la capacidad de satisfacer por sí mismo sus necesidades de alimentación, continencia, deambulación, uso del sanitario, vestido y aseo (tarea a nivel físico y mental y con los recursos materiales necesarios. Suele emplearse los cuestionarios de Katz y el de Barthel. La satisfacción de estas necesidades básicas (con un resultado superior a 80% en el test de Barthel, generalmente más utilizado) constituye el criterio para considerar al anciano como válido. Por otra parte, las actividades instrumentales de la vida diaria, constituyen el segundo nivel de funcionalidad, entre ellas puede considerarse: cocinar, limpiar el hogar, ir de compras, realizar labores domésticas, usar el teléfono, usar el transporte público, tomar sus medicamentos y auto administrar los gastos personales (valoradas objetiva, pero parcialmente, por el test de Lawton). Por último, las actividades avanzadas de la vida diaria son las actividades sociales, ocupacionales y recreativas que voluntaria e íntimamente se relacionan con la calidad y el estilo de vida, como por ejemplo el deporte, los



juegos de mesa, pasatiempos, actividades religiosas o culturales. En cualquier caso para tener todo esto en cuenta al hablar de la Calidad de vida del anciano deben ser consideradas aquellas funciones que se hacían y se han perdido como consecuencia de las limitaciones de la vejez. Según Fernández Garrido la calidad de vida del anciano está determinada por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente más que por la gravedad de una enfermedad determinada. La posibilidad de valerse por sí mismo cobra una gran importancia. La mayoría de los ancianos aceptan su proceso de envejecer siempre que sea con autonomía y control de las situaciones (Fernández Garrido, 2004).

En relación con el bienestar en la ancianidad, el Proyecto AGE (Keoth et al, 1994), se plantea que los factores que más influyen, se pueden resumir en las dimensiones de:

- Salud - funcionamiento físico.
- Cuestiones materiales.
- Red social (familiar)
- Metas y valores personales.

Las relaciones sociales se refieren al apoyo y acogimiento que experimenta la persona con respecto a la sociedad y a la comunidad en que vive lo que produce una determinada satisfacción emocional y protección material, que para los ancianos resulta imprescindible. Frecuentemente estas relaciones se ven deterioradas al no tener pareja (viudez) y al tener precaria relación con familiares. Las parejas constituyen generalmente un excelente apoyo social y en la ancianidad este apoyo es esencial (Guibert, 2001)

Muchos autores consideran que la familia es el grupo social fundamental para ayudar al adulto mayor a desempeñar sus roles e integrarse a la comunidad como sujeto de su propio desarrollo, capaz de transformar la realidad (Espín Andrade, 2005).

Esto es posible cuando existe la armonía entre las distintas generaciones así como con el contexto social, permitiendo una imagen del adulto mayor como grupo aportador a la sociedad, con nuevos espacios acordes con sus necesidades e



intereses. Las instituciones y organizaciones comunitarias, el barrio y grupos de vecinos, pueden ser una importante fuente de apoyo al adulto mayor, lo cual no siempre ocurre. En un estudio conducido en un área de salud de la capital cubana se encontró que la mayoría de los adultos mayores estaban sólo parcialmente integrados a la comunidad. Sólo alrededor del 20% se hallaba vinculado a la comunidad y participaba en círculos de abuelos y otras actividades sociales (Tello Velázquez, 2001).

Fernández Garrido, al estudiar ancianos en Residencias para la tercera edad encontró que la satisfacción social era mala o muy mala, haciendo referencia a la pérdida de contacto con los amigos que tenían previo a su ingreso, la incapacidad o falta de interés para hacer nuevos amigos, así como una relación “a distancia” con la familia, por teléfono o con visitas escasas y breves, progresivamente reducidas a un solo miembro del colectivo familiar, generalmente mujer, hija o nuera del o la residente (Fernández Garrido, 2004).

Existe una dimensión que subyace en todas las demás referidas en la literatura y es aquella que suela denominarse “satisfacción con la vida”. Aunque esta dimensión depende mucho del balance personal de cada individuo, lo cierto es que debe intentarse llenar de contenido y de deseos la existencia de las personas mayores y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Las actividades culturales y de formación no sólo contribuyen a llenar el día de actividades sino que también otorgan sentido y coherencia a sus vidas y a sus deseos (Pérez Duporte, 2003). En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos (Zaldívar Pérez, 2005).

Consideraciones finales

Constituye un reto para las ciencias, especialmente para las ciencias sociales, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población envejecida, propiciando su participación activa en tareas de la comunidad y la



familia, espacios en los que tienen lugar sus actividades fundamentales y mejorando la existencia de la vejez como fenómeno social. Esto presupone perfeccionar el abordaje teórico y metodológico del estudio de la calidad de vida en personas de la tercera edad y propiciar el desarrollo de las potencialidades de los ancianos, capaces de adaptarse a las tareas, demandas y constricciones por la que han de transitar y de contribuir con su legado al desarrollo de la humanidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Arvelo N. (1997) Prevalencia y factores de riesgo de la baja calidad de vida en ancianos del Municipio Marianao. Trabajo para optar por el Título de Especialista en Bioestadística. Facultad de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- Cabrera , M.E.; Agostini M.T.; Victoria García Viniegras, C.R. y López Fernández, R. (1998) Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de Indicadores para la medición de la calidad de vida. Informe de Resultado. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.
- Diener E, Oishi S, Lucas R.E. (2003) Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol.*; **54**: 403-25
- Espín Andrade A.M. (2005) Familia y Vejez. En: Salud para la vida: Un sitio cubano para cultivar salud. <http://saludparalavida.sld.cu>
- Fernández Garrido J.J. (2004) Determinantes de la Calidad de Vida Percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad. Informe de investigación. Facultad de enfermería. Universidad de Valencia.
- Fernández Guerra N. (2002) Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. *Acta Médica* **10** (1-2)



- Fernández Martínez E. (1998) Calidad de vida percibida en ancianos del Policlínico 4 de Abril. Primer Semestre. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- García Capote J. (2005) Apuntes sobre la calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud. *Rev. Cubana Invest. Biomed.* **24** (1) 72-76.
- González Pérez U. (2002) El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana Salud Pública* **28** (2)
- Guibert Reyes W (2001) Sánchez Cruz LR: Ancianos con intento suicida en el municipio 10 de Octubre. *Rev. Cubana Hig. Epidemiol.* **39** (2) Mayo-Ago
- Jocik Hung G, Alvarez Pérez M, Bayarre Vea H. (2000) Construcción de un instrumento para medir bienestar subjetivo en adultos mayores. Premio anual de la Salud, Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.
- Keith J, Frey Ch, Glascock A, Ikles Ch: (1994) ***Aging experience: diversity and commonality, across cultures thousand Lasks.*** ICA: Sage.
- Kwon S et al: (2005) Validity and reliability of the Modified Manchester Health Questionnaire in assessing patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum. Feb;* **48** (2): 323-31
- Larson, R. (1978) Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, **33**, 109-125
- Lawton MP. En: Quintero Danauy. G. (1989) ***Vejez y Calidad de Vida. Apuntes para una conferencia.*** La Habana: Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.
- Lehr U. (2000) Procesos de envejecimiento. La necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural. *Revista Latinoamericana de Psicología;* **34** (1-2): 29-40
- López Fernández R. (1997) ***Evaluación de la calidad de vida en ancianos a partir de la escala MGH. Tesis de maestría en Gerontología.*** La Habana: Centro Iberoamericano de la tercera edad.
- Norquist JM, Girman CJ, Santanello N.C. (2005) Some considerations for the interpretation of health-related quality of life data. *Value Health, Jan-Feb;* **8** (1): 80-1



- Oishi S, Diener E. (2001) Re-examining the general positivity model of subjective well-being: the discrepancy between specific and global domain satisfaction. **J Pers. Aug; 69** (4): 641-66
- Oldridge N, Saner H, McGee H.M. (2005) The Euro Cardio-QoL Project. An international study to develop a core heart disease health-related quality of life questionnaire, the HeartQoL. **Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. Apr; 12** (2): 87-94.
- OMS: Atención primaria de salud. Alma Atá. **Salud para todos**. No. 1, 1987.
- Pérez Duporte J & García Megret E: (2002) Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad. **Revista Cubana de Enfermería; 18** (3)
- Piédrola Gil G. Y otros (1990) **Medicina preventiva y Salud Pública**. Barcelona: Salvat Editores, S. A. Octava Edición.
- PNUD: Desarrollo Humano. New York. Informes 1990 – 2000
- Ritvo P et al: (2005) Reliability and validity of the PORPUS, a combined psychometric and utility-based quality-of-life instrument for prostate cancer. **J Clin Epidemiol. May; 58** (5):466-74
- Tello Velázquez, Y et al: (2001) Prevalencia de discapacidad física en ancianos. **Revista Cubana de Salud Pública: 27** (1): 19 – 25
- Victoria García Viniegras CR: (2004) Construcción y validación de un cuestionario para la evaluación del Bienestar Psicológico. Tesis de doctorado,. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- Victoria García-Viniegras C.R. , López González , V., Seuc Jo, A: (2004) Propuesta metodológica para la evaluación del bienestar psicológico. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**,. Universidad Autónoma de México. Disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Vilagut G et al: (2005) The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. **Gac Sanit. Mar-Apr;19** (2):135-50
- Zaldívar Pérez DF: (2005) Longevidad y Bienestar. En: Salud para la vida: Un sitio cubano para cultivar salud, Octubre. <http://saludparalavida.sld.cu>
- Zaldívar Pérez DF: Ocio y recreación en el adulto mayor. En: Salud para la vida: Un sitio cubano para cultivar salud, Octubre 2005. <http://saludparalavida.sld.cu>



Zimmer Z, Lin H. (1996) Leisure activity and well-being among elderly in Taiwan.
Journal of Cross-cultural Gerontology; 11:167-86

[REGRESAR A ÍNDICE](#)