



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
CHIMBORAZO

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades

CHAKIÑAN

ISSN 2550 - 6722

Número 22 / ABRIL, 2024 (170-185)

EL ACCESO AL SISTEMA DE SERVICIOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

ACCESS TO THE SERVICE SYSTEM AND QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE

DOI:

<https://doi.org/10.37135/chk.002.22.11>

Artículo de Investigación

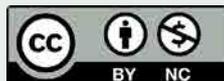
Recibido: (19/07/2023)

Aceptado: (20/09/2023)

Ana Victoria Marquez Terraza



*Universidad Nacional de San Luis, Facultad de
Psicología, PROICO 12/0218 - CONICET
terrazama@gmail.com*



EL ACCESO AL SISTEMA DE SERVICIOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

ACCESS TO THE SERVICE SYSTEM AND QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE

RESUMEN

La investigación persiguió el objetivo de conocer la relación existente entre la disponibilidad y utilización de servicios y la calidad de vida de un grupo de personas mayores. La metodología adoptada fue de tipo mixta con diseño convergente o de triangulación de datos. La muestra estuvo conformada por 106 personas mayores de 60 años, residentes en la zona Este de la provincia de Mendoza. Para la recolección de datos se aplicó una entrevista semidirigida, el cuestionario WHOQoL para evaluar calidad de vida, un instrumento *ad hoc* de Mapas cognitivos, para evaluar disponibilidad y utilización de servicios y como dato secundario se utilizó un Índice de Calidad de Vida elaborado desde CONICET. Entre los resultados, destaca el hecho, según se constató, de que la utilización de servicios predice mejor la calidad de vida autopercebida que otras variables reportadas en investigaciones anteriores, como el género, la edad o la situación de salud. Por otra parte, los tipos de servicios que más colaboran con la calidad de vida son los comerciales y los físico-recreativos. Estos últimos son en su mayoría de origen estatal o de organizaciones del tercer sector, lo que facilita el acceso.

PALABRAS CLAVE: Servicios, actividad física, actividad recreativa, adultos mayores, calidad de vida

ABSTRACT

This research was aimed to understand the relationship among the availability, utilization of services and the quality of life of a group of elderly people. The adopted methodology was a mixed-method approach with a convergent or data triangulation design. The sample consisted of 106 individuals over 60 years old, residing in the Eastern region of the province of Mendoza. Data collection involved semi-structured interviews, the WHOQoL questionnaire to assess quality of life, and Ad Hoc instrument of Cognitive Maps to evaluate availability and utilization of services. A secondary data source was the Quality of Life Index developed by CONICET. Among the most important results, it was found that the utilization of services predicts self-perceived quality of life better than other variables reported in previous research, such as gender, age, or health status. The types of services that contribute the most to the quality of life of the individuals are commercial and physical-recreational services, as confirmed by the participants. Lastly, it is worth noting that physical-recreational services are mostly provided by the state or third-party organizations, which facilitate access for the individuals.

KEYWORD: Services, physical activity, recreational activities, older adults, quality of life

INTRODUCCIÓN

Desde principios del milenio se comenzó a plantear la importancia de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. La Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2022) advirtió que, aunque en la región la situación de las personas mayores es marcadamente heterogénea, en términos generales dista bastante de ser una situación ideal. Señala que, mientras las personas mayores contribuyen de diversas formas con sus familias y comunidades, los países no les brindan las condiciones y oportunidades para que puedan desarrollar una vida con calidad, existiendo marcadas diferencias en la situación de salud, bienestar y años de vida saludable.

El concepto de calidad de vida y el envejecimiento poblacional se encuentran relacionados desde una perspectiva histórica. Con el aumento de la esperanza de vida y la proporción de personas mayores en la sociedad, aumentó también el porcentaje de personas con enfermedades crónicas y discapacidad.

Esto ocurre sobre todo en los países en desarrollo, en los cuales la caída de la mortalidad se debe a variables exógenas y no a una mejora en los niveles de vida de la población (Organización Mundial de la Salud, 2015). Durante la vejez, los adultos mayores “experimentan diferentes cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social que tienen un impacto en su calidad de vida” (Queirolo et al., 2020, p. 260).

Además, factores contextuales como las crisis sanitarias, las consecuencias económicas de la jubilación o los cambios sociales impactan en el bienestar de los sujetos (Samaniego & Quito Calle, 2023). “Mantener una calidad de vida adecuada en las personas que llegan a la vejez es uno de los problemas más grandes y urgentes con que se enfrentan los sistemas de Salud y Seguridad Social en el mundo” (García et al., 2020, p. 19).

En esta investigación se hizo hincapié en la *calidad de vida subjetiva*, tomando como referencia la definición propuesta por el equipo creador del cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la salud. Se define la calidad de vida como:

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)

En la población de personas mayores, la calidad de vida ha sido estudiada en relación a múltiples variables. Se encuentra evidencia que respalda una correlación negativa entre la edad y la calidad de vida (Cardona-Arias et al., 2016; Parsuraman et al., 2021). También se informan diferencias significativas en cuanto al género, donde en general las mujeres muestran mejor calidad de vida (Queirolo et al., 2020).

Con respecto a las relaciones de pareja, se ha encontrado que las personas viudas o divorciadas muestran peor calidad de vida (Liu et al., 2020; Martínez et al., 2016; Mesa et al., 2020). El estado de salud, así como la presencia de enfermedades también han demostrado tener influencia (Arévalo-Avecillas et al., 2019; Cuadra-Peralta et al., 2016; Liu et al., 2020). Además, continuar con la actividad laboral también se relaciona en varias investigaciones con una mejor calidad de vida en la población adulta mayor (Martínez et al., 2016; Parsuraman et al., 2021).

El logro de una buena calidad de vida en la vejez también se relaciona con el ambiente en el que se desarrolla la vida de la persona mayor. Las personas que entran en la vejez pueden participar y contribuir en la vida social de múltiples maneras ocupando roles como el de cuidadores, artistas, consumidores, mentores, emprendedores, trabajadores entre otros.

Sin embargo, la posibilidad de explotar las potencialidades en los adultos mayores se ve altamente condicionada por su estado de salud y por los entornos propicios para desarrollar este tipo de actividades. Es necesario que el entorno de las personas mayores ofrezca los “servicios, productos y tecnologías que promuevan la salud y fortalezcan y mantengan la capacidad física y mental a lo largo de todo el curso de la vida” (Organización Mundial de la Salud, 2020, p. 11).

El adulto mayor, para poder llevar una vida activa en la que pueda realizar contribuciones valiosas a su comunidad, debe vivir en un ambiente que garantice el acceso a los recursos materiales y sociales necesarios para desenvolver sus actividades cotidianas. El reconocimiento del valor de los adultos mayores como contribuyentes activos al desarrollo de un país debe acompañarse de acciones concretas que garanticen el acceso equitativo a la protección social e igualar las capacidades y oportunidades (Jaspers, 2012).

Para que estos derechos de las personas mayores se cumplan, y para que las personas lleguen a la vejez con una buena calidad de vida, es necesario que puedan acceder a una serie de productos, servicios y tecnologías, que les permitan realizar las actividades que resultan valiosas para ellos (Organización Mundial de la Salud, 2020). En la investigación realizada se hizo hincapié en el sistema de servicios, entendiendo al mismo como una parte fundamental del ambiente que depende tanto del Estado como del mercado y de los organismos civiles del tercer sector.

METODOLOGÍA

La presente investigación analiza la relación entre servicios y calidad de vida, cuestión estudiada, por ejemplo, por Dagger & Sweeney (2016), quienes mediante la técnica de grupos focales evaluaron la satisfacción de pacientes oncológicos respecto a los servicios prestados por hospitales metropolitanos privados de

Australia. Tras el análisis categorial del material obtenido, concluyeron que la satisfacción con ciertos aspectos de los servicios se relaciona con una mejora en la calidad de vida de los sujetos.

Por otro lado, en Estados Unidos, Summers et al. (2007) exploraron dicha relación de manera cuantitativa, tomando como población a familias de niños menores de 5 años con discapacidad. En este caso se envió a las familias una serie de cuestionarios estandarizados que evaluaban: calidad de vida familiar, servicios utilizados y relación entre las familias y los profesionales. Se demostró que tanto la adecuación de los servicios a las necesidades de la familia, así como la relación con los profesionales, fueron variables predictoras de la calidad de vida familiar.

Atendiendo a las fortalezas de ambas metodologías, es decir, el estudio de la frecuencia, magnitud, amplitud de la metodología cuantitativa y la profundidad y complejidad que aporta la investigación cualitativa (Osorio-González & Castro-Ricalde, 2021), se decidió aplicar una metodología mixta en la investigación que dio base al presente artículo.

El diseño de la investigación utilizado fue el modelo de triangulación o diseño de triangulación concurrente, caracterizado por integrar simultáneamente ambos enfoques de investigación, cuantitativo y cualitativo. Ambos tipos de datos fueron recolectados al mismo tiempo, con la misma población. El objetivo con el cual se optó por este diseño fue poder corroborar resultados y realizar validaciones cruzadas (Hamui-Sutton, 2013; Hernández & Mendoza, 2018) con el objetivo de darle profundidad al análisis cuando las preguntas de investigación son complejas. Más que la suma de resultados cuanti y cuali, la metodología mixta es una orientación con su cosmovisión, su vocabulario y sus propias técnicas, enraizada en la filosofía pragmática con énfasis en las consecuencias de la acción en las prácticas del mundo real. En este artículo se presentan los cuatro modelos de MM más utilizados en estudios relacionados con las ciencias de la salud en las últimas dos décadas, estos son: 1.

En este caso, desde el enfoque cuantitativo, el estudio adoptó las características de un diseño no experimental, de corte transversal, con un alcance correlacional (Hernández et al., 2014). Desde el enfoque cualitativo, se optó por un diseño de tipo fenomenológico, caracterizado por realizar un examen en profundidad de la experiencia que vive un grupo de personas respecto a un fenómeno particular (Duque & Aristizábal, 2019).

A diferencia de las investigaciones tomadas como modelo, en este caso se trabajó con personas mayores, residentes de la zona Este de la provincia de Mendoza. Como criterio de inclusión se tomó en primer lugar la edad. Se decidió trabajar con sujetos de 60 años o más, en función de la definición de persona mayor aportada por la Convención Interamericana sobre los Derechos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2015). Además, se tuvo en cuenta que la persona mayor no tuviera un diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica o neuropsicológica y que no estuviera institucionalizada. La muestra se seleccionó de manera no probabilística, utilizando el muestreo de participantes voluntarios (Hernández et al., 2014).

En consecuencia, se hizo llegar a las personas mayores una invitación para participar de la investigación, y quienes manifestaron su interés fueron contactados de manera telefónica para pautar una reunión en su domicilio. Se aplicó una batería de técnicas a cada participante, en forma individual. Se aseguró que en el momento de la toma la persona estuviera a solas con el entrevistador y que no existieran elementos distractores: televisor o radio encendidas, mascotas, etc.

Previo a la aplicación de las técnicas de recolección de datos, se solicitó el consentimiento informado de cada participante, que quedó registrado por escrito. Para la redacción del consentimiento informado se tomó en cuenta el código de ética del Colegio de Psicólogos de Mendoza, provincia donde se llevó a cabo el estudio y el documento redactado por el Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología (2020)

con recomendaciones para la investigación en el contexto de la pandemia por COVID-19.

La muestra estuvo conformada por 106 personas, aunque cabe aclarar que no todos los adultos mayores respondieron a los instrumentos cuantitativos y cualitativos. Los instrumentos cuantitativos fueron aplicados a 104 sujetos, mientras que los instrumentos de tipo cualitativo a 84.

Respondiendo a las características propias de población con la que se trabajó, y a la disponibilidad de instrumentos validados en la región en la que se realizó la investigación, se debieron utilizar instrumentos de recolección distintos a los empleados en las investigaciones tomadas como modelo. Los instrumentos cuantitativos utilizados fueron los siguientes:

1. Cuestionario sobre variables de base

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para obtener datos socio-demográficos y situacionales. Se indagó por la edad, género, estado de salud, composición familiar y hábitos cotidianos.

2. WHOQoL-Bref

El cuestionario sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, versión corta, es una versión abreviada del WHOQoL 100, desarrollados ambos por el WHOQOL Group. Esta versión cuenta con 26 preguntas que evalúan los siguientes dominios: calidad de vida física, calidad de vida psicológica, calidad de vida ambiental y calidad de vida social. La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante el alfa de Cronbach en un estudio internacional. Se encontró que, para la muestra argentina, conformada por 155 personas, el instrumento mostró buena consistencia interna, al obtener un alfa de Cronbach $> ,70$ en todas las dimensiones evaluadas (Benitez-Borrego et al., 2014)1998b.

3. Mapas Cognitivos

Para la exploración de la representación que los adultos mayores hacen del lugar que habitan,

la disponibilidad de servicios en esa zona, y su utilización se aplicó una técnica de exploración de mapas cognitivos. Para ello se construyó una lista de servicios divididos en cuatro categorías: salud, físico-recreativos, seguridad y comerciales. Si bien los mapas cognitivos generalmente son evaluados mediante el dibujo de mapas (Navarro et al., 2017), en este caso se pidió a las personas mayores que ubicaran en una serie de círculos concéntricos cada servicio, diferenciando los servicios que percibía como cercanos, medianamente alejados y lejanos, con respecto a su domicilio. También se solicitó que indicaran qué servicios utilizaban y cuáles no. Se obtuvieron de esta manera datos acerca de los servicios percibidos como cercanos o lejanos y aquellos que se utilizan.

En cuanto a los instrumentos cualitativos, se aplicó la entrevista semidirigida, también conocida como entrevista semiestructurada o basada en un guion, se elabora una lista de preguntas, pero durante la entrevista el investigador tiene la libertad de formular nuevas preguntas, eliminar preguntas innecesarias o hacer las preguntas en un orden diferente. La guía de preguntas utilizada tocó las siguientes temáticas: salud, calidad de vida, sistema de servicios.

La entrevista semidirigida presenta la ventaja de permitir una adecuada exploración de los temas de interés, a la vez que permite la flexibilidad necesaria, para atender a la información novedosa que los sujetos pueden aportar. Hernández et al. (2014), refieren que este tipo de entrevistas se caracteriza por ajustarse al entrevistador y el entrevistado, por ello el lenguaje seleccionado, las preguntas formuladas y el ritmo de la entrevista se adecuan a cada nueva situación. Otra característica es que el contexto en el que se realiza la entrevista es considerado como importante y es tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

Como otro elemento importante, se determinó el Índice de calidad de Vida, construido con base en información censal, otras fuentes estadísticas (éditas e inéditas), relevamientos en el terreno e imágenes satelitales. Para la

construcción del índice se tuvieron en cuenta datos referidos a educación, salud, vivienda y ambiente, que permitieron la construcción de un sistema de Información Geográfica que designa una puntuación de calidad de vida a cada radio censal del país (Velázquez et al., 2014).

Una vez recolectados los datos, se procedió a su análisis. Los cuantitativos fueron cargados en una matriz de datos en el programa SPSS-21. Para realizar la descripción de las variables estudiadas se usó el análisis de frecuencia para las variables nominales y ordinales. Para las variables escalares se emplearon medidas de tendencia central y de variabilidad. En la instancia de prueba de hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para la correlación de variables. Para corroborar el tamaño del efecto de los resultados que demostraron significatividad estadística, se aplicó el análisis de regresión lineal múltiple.

Con respecto al análisis cualitativo, los datos de las entrevistas semidirigidas fueron cargados en el programa Atlas Ti. Con base en los resultados cuantitativos y luego de una lectura exploratoria de 10 entrevistas seleccionadas al azar, se crearon cuatro códigos: servicios de salud, servicios recreativos, servicios comerciales y barreras. Se codificaron todas las entrevistas y luego se hizo un análisis narrativo de cada código.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE DATOS

La edad de las 106 personas adultas mayores miembros de la muestra estuvo comprendida entre los 60 y 88 años, con una media de 69,58 años (DT= 7,40). Del total de la muestra, el 66 % (70 personas) fue de género femenino y el 34 % (36 personas) del masculino.

Al preguntarles por los servicios que tenían en la zona, las personas mayores pudieron identificar

un mínimo de 2 servicios y un máximo de 28 de una lista de 29 servicios de referencia. Con un promedio de 15,4 servicios cercanos y una desviación estándar de 6,06, por lo que se puede apreciar que las respuestas en este apartado presentaron gran variabilidad. Al preguntar por la cantidad de servicios utilizados y no utilizados, se encontró que las medias de ambas variables son similares. Para los servicios utilizados la media fue de 14,72 (DT= 4,80) y para los no utilizados fue de 14,28 (DT= 4,80).

En la variable calidad de vida percibida, medida a través del cuestionario Whoqol-Bref, los sujetos de la muestra presentaron una puntuación media de 59,35 puntos (DT= 9,04). En la primera pregunta, que evalúa la percepción general sobre la calidad de vida, solo el 3,9 % informó estar nada o poco satisfecho con su calidad de vida. Por otro lado, en la pregunta número dos, que evalúa la percepción sobre la salud, el 7,8 % de los sujetos dijeron estar nada o poco satisfechos con la misma.

En la dimensión física de la calidad de vida se encontró una media de 15,18 puntos (DT= 2,63), en la dimensión psicológica 14,94 puntos (DT= 2,48), en la dimensión social 14,26 puntos (DT= 3,66) y en la dimensión ambiental 14,96 puntos (DT= 2,52).

Tomando en cuenta los baremos ofrecidos por la validación realizada de la técnica en Chile, con población adulta mayor (Espinoza et al., 2011), se puede clasificar la puntuación de cada dominio en puntuación baja (cuando se encuentra por debajo del percentil 25), media (entre el percentil 25 y 75) y alta (para puntuaciones que se ubican por encima del percentil 75).

De esta manera se encontró que, en la dimensión física, el 17,2 % obtuvo una puntuación baja, el 48,5 % una puntuación media y el 34,3 % una puntuación alta. En la dimensión psicológica el 19,4 % obtuvo una puntuación baja, el 52,4 % una puntuación media, y el 28,2 % una puntuación alta. En la dimensión social el 20,6 % obtuvo una puntuación baja, 52,9 % una puntuación media y el 26,5 % una puntuación alta. Finalmente, en la dimensión ambiental,

el 9,7 % obtuvo puntuación baja, el 35,9 % puntuación media y el 54,4 % puntuación alta (Ver figura 1).

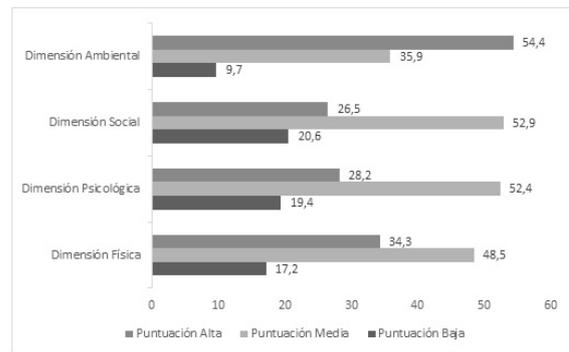


Figura 1: Distribución de las puntuaciones en las dimensiones de la calidad de vida

El índice de calidad de vida de las zonas donde residían las personas entrevistadas, mostró una puntuación mínima de 5,96 y una puntuación máxima de 7,91. La media se ubicó en los 7,14 puntos (DT= 0,51). Al agrupar las puntuaciones obtenidas por los participantes en las categorías propuestas por los autores: Índice muy bajo – bajo – medio – alto, se encontró que la mayor parte de las personas mayores de la muestra (el 87,7 % de la muestra, 93 sujetos) residen en zonas con un índice de calidad de vida alto, mientras que un 10,4 % (11 sujetos), residen en zonas con índices de calidad de vida medios. No se reportaron personas que vivieran en zonas con un índice bajo o muy bajo.

Para constatar la relación entre la disponibilidad y la utilización de servicios y la calidad de vida percibida se realizaron cálculos de correlación entre las puntuaciones arrojadas por el instrumento WHOQOL-BREF y las variables cantidad de servicios percibidos como cercanos, índice de calidad de vida de la zona de residencia y cantidad de servicios utilizados.

En primer lugar, la variable “cantidad de servicios percibidos como cercanos” no mostró correlaciones significativas con ninguna de las variables relacionadas con la calidad de vida percibida.

En segundo lugar, la variable “Cantidad de servicios utilizados” mostró una correlación positiva y débil con la puntuación total del instrumento WHOQOL-BREF (.294*), así como con la dimensión psicológica (.243*). También mostró una correlación positiva y fuerte con la dimensión física (.302**) y la dimensión social (.342**) de este mismo constructo (Ver tabla 1).

Tabla 1: Correlación entre calidad de vida percibida y cantidad de servicios utilizados

		Cantidad de servicios utilizados	
Rho de Spearman	Puntuación total WHOQOL-BREF	Coefficiente de correlación	.294*
		Sig. (bilateral)	.011
	Dimensión física	Coefficiente de correlación	.302**
		Sig. (bilateral)	.009
	Dimensión psicológica	Coefficiente de correlación	.243*
		Sig. (bilateral)	.037
	Dimensión ambiental	Coefficiente de correlación	.127
		Sig. (bilateral)	.282
Dimensión social	Coefficiente de correlación	.342**	
	Sig. (bilateral)	.003	

El índice de calidad de vida de la zona de residencia correlaciona de manera positiva y débil con la puntuación total del cuestionario WHOQOL-Bref (.248*), con la dimensión física (.231*) y con la dimensión psicológica (.206*). También correlaciona de manera directa y fuerte con la dimensión ambiental de la calidad de vida autopercebida (.265**) (Ver tabla 2).

Tabla 2: Correlación entre calidad de vida percibida e índice de calidad de vida

		Índice de calidad de vida de la zona de residencia	
Rho de Spearman	Puntuación total WHOQOL-BREF	Coefficiente de correlación	.248*
		Sig. (bilateral)	.013
	Dimensión física	Coefficiente de correlación	.231*
		Sig. (bilateral)	.021
	Dimensión psicológica	Coefficiente de correlación	.206*
		Sig. (bilateral)	.039
	Dimensión ambiental	Coefficiente de correlación	.265**
		Sig. (bilateral)	.007

Finalmente, se ejecutó un análisis de las correlaciones entre la cantidad de servicios utilizados en las categorías: Salud, Culturales, De seguridad y Comerciales, y la calidad de vida percibida. Este análisis arrojó que existe una relación positiva y débil entre la cantidad de servicios culturales y recreativos utilizados y la puntuación total del instrumento WHOQOL-Bref (.290*) y una correlación positiva y fuerte con la dimensión física (.421**). La cantidad de servicios comerciales utilizados también correlacionó de manera directa y fuerte con la puntuación total del cuestionario (.321**), así como la dimensión física (.337**), psicológica (.325**) y social (.362**) (Ver tabla 3).

Tabla 3: Correlación entre calidad de vida percibida y tipos de servicios utilizados

		Salud	Culturales	De seguridad	Comerciales
Puntuación total WHOQOL-Bref	Coefficiente de correlación	.006	.290*	.055	.321**
	Sig. (bilateral)	.960	.012	.644	.005
Dimensión física	Coefficiente de correlación	-.102	.421**	-.029	.337**
	Sig. (bilateral)	.392	.000	.808	.004
Dimensión psicológica	Coefficiente de correlación	.089	.140	.085	.325**
	Sig. (bilateral)	.453	.232	.473	.005
Dimensión ambiental	Coefficiente de correlación	.012	.150	.163	.163
	Sig. (bilateral)	.916	.203	.166	.164
Dimensión social	Coefficiente de correlación	.099	.212	.064	.362**
	Sig. (bilateral)	.401	.070	.588	.002

Para comprender el papel que la utilización de servicios juega en la calidad de vida percibida, se efectuó un análisis de regresión múltiple con el método de pasos sucesivos. Se ingresó como variable dependiente la puntuación total del cuestionario WHOQoL-Bref y como variables independientes la cantidad de servicios utilizados, junto con un conjunto de variables que han demostrado estar relacionadas con la calidad de vida percibida. Estas fueron: edad, escolaridad, género, cantidad de enfermedades, estado civil, zona de residencia, índice de calidad de vida de la zona de residencia, situación laboral, cantidad de actividades recreativas realizadas.

Como resultado el programa arrojó tres modelos,

identificando a la variable utilización de servicios como aquella que presentaba una relación más fuerte con la calidad de vida percibida. Esta variable presentó por sí sola un valor R de ,309. En segundo lugar, se encontraba la escolaridad, seguida por la edad, en tercer lugar. El modelo final, que incluía las tres variables, presentaba un valor R de ,523, y un valor R^2 corregida de ,236. Este modelo resulta ajustado y significativo, con una puntuación p de $<0,01$.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE DATOS

En la entrevista semidirigida se obtuvo información acerca de los servicios utilizados por el adulto mayor, así como los servicios que consideraban necesarios, pero a los que no podía acceder. Se elaboraron cuatro códigos de análisis: servicios físico-recreativos, servicios de salud, servicios comerciales y barreras. Sin embargo, el código servicios de salud no se desarrollará por no haberse encontrado relaciones significativas entre esta categoría y la calidad de vida. Por otro lado, en el código servicios comerciales no se registró una cantidad significativa de citas, por lo que tampoco es analizado.

Servicios físico-recreativos: los adultos mayores acceden a una gran variedad de servicios recreativos ofrecidos por el Estado, como los talleres artísticos y deportivos dictados desde los municipios y hospitales. También el sector privado ofrece una oferta variada, destacando los espectáculos de cine, teatro, los locales gastronómicos, y actividades físicas como yoga, pilates o natación. Finalmente, en las organizaciones del tercer sector se encuentran los centros de jubilados y sindicatos, que organizan actividades artísticas y deportivas, como talleres de baile folclórico o de *Newcom*.

En la mayoría de casos las actividades no están destinadas de manera exclusiva a personas mayores. Esto fomenta la integración social, pero como se verá también puede significar una

barrera. Los centros de jubilados son las únicas organizaciones en las cuales las propuestas son destinadas específicamente a esta franja etaria.

Las personas que protagonizan este tipo de actividades reportan múltiples beneficios. Entre ellos la elaboración de productos, que les permiten tener una entrada extra o regalarlos a sus familiares y reforzar el vínculo. También perciben beneficios a nivel físico, ya que reportan que se mantienen en actividad y fortalecen su cuerpo. En el plano psicológico perciben una doble mejora: las actividades los hacen más activos a nivel cognitivo y mejoran su estado emocional. Finalmente, uno de los beneficios más destacados ocurre en el plano social, ya que el compartir actividades con otras personas de su edad refuerza los lazos sociales.

Obstáculos para acceder a los servicios: los obstáculos y barreras pueden ser divididos en contextuales, por un lado, y personales por el otro.

En primer lugar, a nivel contextual se ubica la lejanía. Las personas reportan que las distancias conforman un factor que influye en la decisión de abandonar una actividad o no comenzarla. Esta limitación es más grave para quienes no poseen vehículo y dependen de su familia o del transporte público, pero incluso para quienes cuentan con medio de transporte, los gastos de combustible representan una barrera. Se suma a esto la inseguridad, el tráfico y los animales sueltos, que representan un peligro para algunos de los entrevistados, que aseguran haber reducido su movilidad por temor a sufrir un accidente. Los baches en las calles y las veredas rotas también colaboran en este sentido.

La situación económica también es una limitación. Las personas reportaban que su situación económica no les permitía acceder a servicios de salud específicos o a actividades recreativas. Generalmente quienes reportaron esta situación cobraban la jubilación mínima. Otras personas refirieron que las pensiones por viudez, las ayudas de sus hijos y los créditos del gobierno para jubilados les han permitido acceder a mayor cantidad de bienes y servicios.

A nivel social, la falta de interés de otras personas mayores en las actividades es un obstáculo, ya que, por falta de asistentes, los servicios terminan cerrando. Esto impacta de manera negativa en quienes sí se interesaban. Algunos también perciben como un obstáculo el hecho de que las actividades o los servicios sean utilizados por otras personas que no cuidan, o no respetan a las personas de edad. Esto las hace sentir incómodos e inseguros, y terminan por no asistir.

Finalmente, a nivel contextual, una gran limitación fueron las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio impuestas debido a la pandemia por COVID-19. Estas medidas impidieron el acceso a servicios de salud, dado que las personas pusieron en pausa sus controles periódicos. También se vieron afectados los servicios físico-recreativos, debido a que permanecieron cerrados, y una vez abiertos muchos decidieron no volver por precaución. El acceso a los servicios comerciales también se vio restringido para las personas mayores que, por iniciativa propia o de sus familias, dejaron de asistir a los comercios.

A nivel personal, las dificultades físicas han sido mencionadas como un obstáculo. Las enfermedades, limitaciones o dolores corporales impiden que puedan movilizarse hasta los lugares donde se prestan los servicios, permanecer en ellos por mucho tiempo, o realizar determinadas actividades.

Las limitaciones personales también suelen ser de índole psicológica. Algunas personas refirieron no hacer actividades o acudir a ciertos servicios por falta de interés o ganas. Otras sostuvieron creencias irracionales que no le permitían realizar actividades de su interés; algunas relacionadas con la idea de perfección, como que para realizar una actividad se debe hacer bien; o prejuicios edadistas, como que si uno sale a bailar cuando es grande, se expone a hacer el ridículo.

Otra limitación es la organización del tiempo. Algunos reportaron que debían realizar diferentes tareas para sus familiares o en su trabajo, lo que

limitaba su tiempo para otras actividades de su interés, o para acudir a servicios que necesitaran como, por ejemplo, los sanitarios. Las familias también en algunas ocasiones representan un obstáculo, en la medida en que recomiendan a las personas mayores no salir de sus casas para cuidar su salud.

TRIANGULACIÓN DE DATOS

En primer lugar, se encontraron relaciones entre la calidad de vida y el índice de calidad de vida. También la calidad de vida correlacionó con la cantidad de servicios utilizados. Al realizar un análisis de regresión múltiple, se encontró que las variables que mayor contribución tienen a la puntuación obtenida en el cuestionario WHOQoL son la utilización de servicios en primer lugar, el nivel educativo en segundo y la edad en tercero.

Con respecto a la relación entre el índice de calidad de vida y la calidad de vida percibida es interesante señalar que son variables que, si bien están correlacionadas, la primera no determina a la segunda, como se pudo ver en el cálculo de regresión. El índice de calidad de vida es un indicador objetivo, construido a partir de datos cuantitativos. Además, es un indicador colectivo. La calidad de vida colectiva da información acerca del contexto cultural en el que la persona se desenvuelve y el capital humano con el que cuenta (Cardona & Agudelo, 2007). Esto es importante para la calidad de vida percibida, pero no determinante.

En esta investigación se constató que las condiciones medioambientales no muestran una relación lineal con la calidad de vida percibida de manera subjetiva. Esto refuerza la importancia de efectuar estudios que no solo contemplen las variables macrosociales, sino las inherentes al individuo como la calidad de vida subjetiva (Beltrán et al., 2020).

Por otro lado, la importancia de la utilización

de servicios en la calidad de vida subjetiva, resulta un dato novedoso para esta población. Investigaciones reportan la relevancia de diversas variables para la calidad de vida de las personas mayores, entre ellas la edad (Parsuraman et al., 2021) there is growing need to address the health concerns of this population. AIMS: The study was undertaken to find out the Quality of Life among the elderly and the associated factors. METHODOLOGY: This is a descriptive cross sectional study done in urban area of Thiruvallur district Tamil Nadu. To arrive at the required sample of 199, elderly people above 60 years were selected by probability proportionate to size sampling. Semi-structured pre-tested questionnaire was used for data collection regarding sociodemographic details and related factors. Katz scale was used to assess activities of daily living and Quality of life (QOL, las condiciones de vivienda (Sáenz, 2020; Soria-Romero & Montoya-Arce, 2017), el apoyo social (Alfonso et al., 2016; Şahin et al., 2019), el estado de salud (Arévalo-Avecillas et al., 2019) y el ejercicio físico (Marquez et al., 2020).

Sin embargo, en la presente investigación, al analizar la regresión lineal múltiple por entrada forzada, la utilización de servicios demostró mayor capacidad de determinación de la calidad de vida percibida, donde se estableció la correlación más alta con la utilización de servicios culturales-recreativos y comerciales.

En la entrevista semidirigida, las personas reportaron que la asistencia a actividades recreativas (ya sea de índole física, artística o cognitiva), reportaba beneficios para diferentes áreas de su calidad de vida. Los adultos mayores comentaban que estas actividades mejoraban su estado de ánimo, los distraía de pensamientos negativos (dimensión psicológica), los conectaba con gente nueva o robustecía amistades (dimensión social), podían elaborar productos para vender, mejorando su situación económica (dimensión ambiental) y fortalecía su cuerpo (dimensión física).

Con respecto a los servicios comerciales los sujetos no brindaron mucha información. Se sabe que realizar compras es una actividad

que disfrutan, no por el hecho de adquirir los productos, sino por el proceso de escoger el lugar donde se va a comprar o elegir los productos. Se ha constatado que las personas de más de 45 años, en comparación con los jóvenes, a la hora de realizar compras ponen en juego valores como la independencia, la autodeterminación y el éxito personal (Sarabia & de Juan, 2009). Se podría proponer la hipótesis de que el acto de comprar, en una sociedad orientada al consumo, no se restringe a obtener un bien determinado, sino que colabora con la calidad de vida en múltiples dimensiones, al igual que una actividad recreativa.

Los obstáculos que reportan las personas en países en vías de desarrollo a la hora de acceder a los servicios -principalmente los de salud y/o recreativos- son variados, entre ellos la lejanía y el factor económico (Organización Mundial de la Salud, 2015; Palermo et al., 2020).

Sin embargo, no todas las investigaciones han encontrado que el aspecto económico sea una barrera en las personas mayores para la realización de actividades (Andrade et al., 2013). En esta muestra hubo personas que reconocieron facilitadores económicos, como las pensiones por viudez, las ayudas de las familias o los créditos otorgados por la Administración Nacional de Seguridad Social.

La falta de interés por parte de otras personas mayores también se reportó como un obstáculo. Las personas relataban que los servicios dirigidos a esta franja etaria terminaban cerrando por falta de participantes, sobre todo en zonas rurales. Esto provocaba la falta absoluta de ofertas destinadas a esta población, problema frecuente reportado en los trabajos de Guerrero-Castañeda et al. (2020) y Andrade et al. (2013).

A esta situación se le suma que las personas mayores no siempre se sienten cómodas compartiendo espacios con personas de otras edades. En algunos casos porque se sienten en peligro, en otros porque sienten que son dejados de lado. Se ha encontrado que la indisciplina social es percibida por las personas mayores como una barrera que les impide acceder a

servicios de salud (Rodríguez et al., 2017).

La pandemia por COVID-19 fue una de las barreras más mencionadas. Los servicios de salud debieron disminuir sus prestaciones, esto repercutió sobre todo en las personas que suelen hacerse controles de manera periódica, ya que debieron suspenderlos. Solo algunos tuvieron que interrumpir tratamientos y la mayoría prosiguió, accediendo a las recetas, por ejemplo, de manera virtual. Esto coincide con la situación descrita en la provincia de Buenos Aires, donde si bien se afectaron los controles por la interrupción de la atención presencial, se garantizó la atención mediante teleconsultas (Loza et al., 2021).

Las actividades físicas y recreativas también fueron afectadas. Muchos de los lugares a los que solían asistir las personas mayores cerraron debido a las medidas de aislamiento social y no habían vuelto a abrir. Sin embargo, se encontró que uno de los factores que colaboró para que las personas mayores pudieran incorporarse a la nueva normalidad fueron los servicios físico-recreativos.

A nivel personal el factor físico fue el obstáculo más frecuente, sobre todo para actividades recreativas. Esto coincide con los resultados encontrados por Porras-Juárez et al. (2010), quienes señalan que las enfermedades padecidas por las personas mayores son una limitación frecuente a la hora de comenzar una actividad. Finalmente, las personas entrevistadas manifestaron una última barrera personal que no es frecuentemente reportada en otras investigaciones: la falta de interés.

CONCLUSIONES

Como principal resultado, se encontró una relación entre la utilización de servicios y la calidad de vida subjetiva de las personas mayores. Esto respalda una de las propuestas más frecuentes en relación con la población adulta mayor: ofrecer los servicios necesarios

que fomenten su independencia, actividad y potencien su calidad de vida (Organización de las Naciones Unidas, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los servicios de tipo comerciales y físico-recreativos en este caso presentan mayor relación. Gracias a los datos de las entrevistas, se verificó que los servicios de tipo físico-recreativos aportan grandes beneficios en todas las dimensiones de la calidad de vida de las personas mayores. Además, los servicios a los que concurrían las personas eran administrados tanto por el Estado, como por el mercado y el tercer sector, lo que enfatiza la importancia de la articulación de estos tres actores en la mejora de la calidad de vida de esta población.

En el cálculo de regresión lineal múltiple, se encontró que es el uso de servicios y no su disponibilidad, la variable que incide con mayor fuerza en la calidad de vida subjetiva. Vivir en ambientes con mayor cantidad de servicios no es suficiente, la persona debe hacer uso de estos servicios para que haya una mejora en su calidad de vida. Esto puede ser analizado teniendo en cuenta las barreras señaladas por las personas mayores, tanto a nivel contextual como personal.

El diseño y provisión de servicios pensados para personas mayores resulta relativamente reciente. Con esta investigación se ofrece evidencia empírica que sustente la importancia de los mismos para la calidad de vida de esta franja etaria. Además, se resalta la importancia de involucrar a los adultos mayores en el diseño y gestión de los servicios. Los servicios por sí solos no bastan, deben ser funcionales a las necesidades e intereses de las personas mayores. Por ello es importante que se dé lugar a las voces de este grupo, con la finalidad de crear servicios con la menor cantidad de barreras posibles, y que garanticen su acceso a una mejor calidad de vida.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES: La autora declara no tener conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA: La autora declara que la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la institución responsable, en tanto la misma implicó a seres humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, L., Soto, D., & Santos, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1561-31942016000100012
- Andrade, É., Padilla, N., & Ruiz, M. L. (2013). Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes, Ags.: Un estudio transversal. *Enfermería Global*, 12(3), 34-42. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.3.152881>
- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., & Wong, N. (2019). Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 30(5), 271-282. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
- Beltrán, L. F., Arellanez-Hernández, J. L., Romero-Pedraza, E., Cortés-Flores, E., & Ruiz-Libreros, M. E. (2020). Medición del Bienestar Subjetivo y Condiciones de Vida en el contexto sociocultural de la contingencia por COVID en Veracruz, México. *UVserva*, (10), 94-103. <https://doi.org/10.25009/uvsv.v0i10.2727>
- Benitez-Borrego, S., Guàrdia-Olmos, J., & Urzúa-Morales, A. (2014). Factorial structural analysis of the Spanish version of WHOQOL-BREF: An exploratory structural equation model study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23(8), 2205-2212. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0663-2>
- Cardona-Arias, J. A., Giraldo, E., & 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>
- Cardona, D., & Agudelo, H. B. (2007). Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. *Revista de Salud Pública*, 9(4), 541-549. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42219060006.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
- Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología. (2020). *Ética de la investigación en el contexto de la pandemia COVID-19*. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/covid_19_cecte.pdf
- Cuadra-Peralta, A., Medina, E. F., & Salazar, 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. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83646545005.pdf>
- Dagger, T. S., & Sweeney, J. C. (2006). The Effect of Service Evaluations on Behavioral Intentions and Quality of Life. *Journal of Service Research*, 9(1), 3-18. <https://doi.org/10.1177/1094670506289528>

- Duque, H., & Aristizábal, E. T. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo: Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- García, L. E., Quevedo, M., La Rosa, Y., & Leyva, A. (2020). Calidad de vida percibida por adultos mayores. *Medimay*, 27(1), 16-25. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2020/cmh201c.pdf>
- Guerrero-Castañeda, R. F., Albañil, S. A., & Jiménez, M. J. (2020). Percepción de beneficios y barreras para la práctica del ejercicio en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós-Gerontología*, 23(4), 9-26. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i4p9-26>
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 211-216. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713727145>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw Hill.
- Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.
- Jaspers, D. (2012). Presentación. En S. Huenchuan (Ed.), *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos* (pp. 11-18). CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1465>
- Liu, N., Andrew, N. E., Cadilhac, D. A., Yu, X., Li, Z., Wang, J., & Liang, Y. (2020). Health-related quality of life among elderly individuals living alone in an urban area of Shaanxi Province, China: A cross-sectional study. *Journal of International Medical Research*, 48(4), 1-14. <https://doi.org/10.1177/0300060520913146>
- Loza, C. A., Baez, G., Valverdi, R., Pisula, P., Salas, J., Discacciati, V., Granero, M., Pizzorno, X. S., & Ariel, J. V. (2021). A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina-Part 2. *Medwave*, 21(4), e8192. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8192>
- Marquez, D. X., Aguiñaga, S., Vásquez, P. M., Conroy, D. E., Erickson, K. I., Hillman, C., Stillman, C. M., Ballard, R. M., Bloodgood, B., Petruzzello, S. J., King, A. C., & Powell, K. (2020). A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1098-1109. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>
- Martínez, O., Camarero, O., González, C. I., & Martínez, L. (2016). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Medimay*, 22(1). <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rmh/article/view/925/1336>
- Mesa, D., Valdés, B. M., Espinosa, Y., Verona, A. I., & García, I. (2020). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), 1-10. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252020000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Navarro, O. E., Rodríguez de Ávila, U. E., & Lozano, N. (2017). Mapas mentales: La representación cognitiva del espacio como método de investigación social. En

- P. Páramo Bernal (Ed.), *La investigación en Ciencias Sociales: Técnicas de recolección de información* (pp. 255-270). Universidad Piloto. <https://doi.org/10.2307/j.ctv7fmfjk.24>
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. ONU. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (2015). Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (A-70). OEA. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. WHO. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del envejecimiento saludable 2020-2030*. OMS. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Osorio-González, R., & Castro-Ricalde, D. (2021). Aproximaciones a una metodología mixta. *NovaRua: Revista Universitaria de Administración*, 13(22), 65-84. https://www.researchgate.net/publication/353084328_Aproximaciones_a_una_metodologia_mixta
- Palermo, C., Cirino, E., & Findling, L. (2020). ¿Existen barreras en el acceso a consultas y participación? Las trayectorias de las personas mayores en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Sociedad*, (41), 88-102. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/revistasociedad/article/view/6207>
- Parsuraman, G., Vijayakumar, P., Anantha, V. M., Dutta, R., Mohan, Y., Jain, T., Kumar, D., Chandru, N., & Sivakumar, K. (2021). An epidemiological study on quality of life among elderly in an urban area of Thirumazhisai, Tamilnadu. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(6), 2293-2298. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_1636_20
- Porras-Juárez, C., Grajales-Alonso, I., Hernández-Cruz, M. C., Alonso-Castillo, M. M., & Tenahua-Quitl, I. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102c.pdf>
- Queirolo, S. A., Barboza, M., Ventura-León, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*, 19(60), 259-288. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>
- Rodríguez, T., Fabelo, J. R., & Iglesias, S. (2017). Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1), 16-26. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n1/spu03117.pdf>
- Sáenz, I. (2020). Influencia del tipo de vivienda en la calidad de vida de las personas mayores con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Siglo Cero*, 49(1), 89-106. <https://revistas.usal.es/tres/index.php/0210-1696/article/view/scero201849189106>
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69-77. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>
- Samaniego, M. J., & Quito, J. V. (2023). Calidad de vida en adultos mayores no institucionalizados de Cuenca- Ecuador,

2022. *Maskana*, 14(1), 41-50. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/4486>

Sarabia, F. J., & de Juan, M. D. (2009). Los valores de los consumidores en el comportamiento de ir de compras. *ESIC Revista Española de Investigación de Marketing*, 13(1), 7-34. https://www.esic.edu/documentos/revistas/reim/100917_103328_E.pdf

Soria-Romero, Z., & 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>

Summers, J. A., Marquis, J., Mannan, H., Turnbull, A. P., Fleming, K., Poston, D. J., Wang, M., & Kupzyk, K. (2007). Relationship of Perceived Adequacy of Services, Family–Professional Partnerships, and Family Quality of Life in Early Childhood Service Programmes. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54(3), 319-338. <https://doi.org/10.1080/10349120701488848>

Velázquez, G., Mikkelsen, C., Linares, S., & Celemín, J. P. (2014). *Calidad de Vida en Argentina. Ranking del Bienestar por departamentos (2010)*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. <https://igehcs.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/104/2019/07/Rankingicv2010.pdf>

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud 1996*, 17(4), 385-387. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264?locale-attribute=es&>