

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR INSCRITO EN LOS COMEDORES DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION PARA EL ADULTO MAYOR JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA ICBF, 2010-II*

QUALITY LIFE OF OLDER ADULT ENROLLED NATIONAL FEEDING PROGRAM CANTEENS FOR THE ELDERLY JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA ICBF, 2010-II

Aneth Cristina Rivas Castro¹, Ángela Verónica Romero Cárdenas², Mirith Vásquez Munive³, Ediltudis Ramos de la Cruz⁴, Tatiana González Noguera⁵, Diana Patricia Acosta Salazar⁶

*Presentado en VI Reunión Internacional FOROANDALUS de Investigación en Enfermería y I reunión del grupo de Investigación Aurora Mas: "El cuidado Una cuestión de identidad" Zaragoza (España) 23 y 24 de Marzo de 2012

RESUMEN

Objetivo: Describir la calidad de vida del adulto mayor, usuario de los comedores de Bienestar Familiar **Metodología:** estudio descriptivo, trasversal, cuya muestra fueron 343 adultos mayores, seleccionados a través de muestreo aleatorio, se utilizaron el instrumento de caracterización sociodemográfica de la Universidad Nacional de Colombia y el instrumento de calidad de vida de Betty R Ferrell, valorando el bienestar físico, psicológico, social y espiritual, **Resultados:** La mayoría son hombres separados o viudos, 80% de ellos vive situación de desplazamiento forzado y provienen de los estratos bajos. **La Dimensión física:** mostró deterioro progresivo de las capacidades físicas y enfermedades crónicas, **la Dimensión psicológica:** sentimientos de depresión, soledad e incertidumbre. **La Dimensión social:** maltrato en algunos casos, y situación de desplazamiento que genera ruptura de redes sociales, afectivas y cambio en los roles familiares. **Dimensión espiritualidad,** asisten a rituales religiosos y a actividades que fomentan su espiritualidad. **Conclusiones:** existe un detrimento de la calidad de vida, fundamentado en las dimensiones física, social y psicológica. (DUAZARY 2013 No. 1, 26 - 32)

Palabras claves: Calidad de vida, Anciano, Asistencia alimentaria

SUMMARY

Objective: To describe the quality of life of the elderly, user eaters Family Welfare **Methodology:** A descriptive, cross, whose shows were 343 seniors, selected through random sampling, the instrument used sociodemographic National University Colombia and the quality of life instrument Betty R Ferrell, appreciating the physical, psychological,

1. Enfermera, Esp. en Cuidado Crítico, Esp. en enfermería Nefrológica y urológica, Magister en Enfermería, Docente Universidad del Magdalena. anethrivas@hotmail.com
2. Enfermera, Magister en Desarrollo social, Docente Universidad del Magdalena. anveroca@yahoo.es
3. Enfermera, Esp. en Epidemiología, Esp. Desarrollo infantil, Magister en Enfermería, Docente Universidad del Magdalena. mirithv@hotmail.com
4. Enfermera, Esp. en Cuidado Crítico, Mg en Enfermería, Docente Universidad de Magdalena. Directora del Programa de Enfermería. ediramos06@yahoo.es
5. Enfermera, Esp. En Salud mental, Esp. en Docencia universitaria, Magister en Enfermería, Docente Universidad de Magdalena. tatygon@gmail.com
6. Enfermera, Candidata a Magister en Desarrollo Social, Coordinadora Académica del Programa de Enfermería, Universidad del Magdalena. dianis276@hotmail.com

RECIBIDO EN OCTUBRE DE 2012 APROBADO EN ENERO DE 2013



social and spiritual Results: Most are separated or widowed men, 80% of them live forcibly displaced come from the lower strata. The physical dimension: showed progressive deterioration of physical and chronic diseases, the psychological dimension: feelings of depression, loneliness and uncertainty. The social dimension: abuse in some cases, and that generates a situation of displacement, disruption of social networks, affective and change in family roles. Dimension spirituality, attending religious rituals and activities that foster their spirituality. Conclusions: There is a loss of quality of life, based on the physical, social and psychological.

Keywords: Quality of life, Aged, Food assistance (tomado de DeCS BIREME)

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida ha sido definido por muchos autores desde la segunda guerra mundial hasta la actualidad, sin embargo, es en los años 60 que comenzó a atraer el interés de los investigadores, con un rápido incremento en su uso, el cual ha evidenciado problemas en la definición del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar, la percepción que tiene la persona de su vida y sus necesidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones^{1,2}.

El objetivo de esta investigación fue describir la calidad de vida del adulto mayor, permitiendo evaluar las dimensiones físicas, sociales, psicológicas y espirituales que hacen posible la valoración multidimensional del individuo exigiendo a los profesionales del área de la salud, compromiso con el cuidado integral y humanizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, con abordaje cuantitativo. Participaron un total de 343 adultos mayores inscritos en los comedores del “Programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño de la Cuesta” del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Los integrantes de la muestra fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple sin remplazos.

Se consideraron como criterios de inclusión, que fueran adultos mayores, con suficiencia neurológica

y que consintieran en participar en el estudio. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron el formato de caracterización de pacientes del grupo de cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, que incluye variables sociodemográficas y el instrumento *Escala sobre la calidad de vida/dolor*, versión en español de Betty Ferrell^{3,4}. Esta escala incluye 41 ítems, que representan cuatro dimensiones de bienestar referentes a la calidad de vida: B. físico, B. psicológico, B. social y B. espiritual. Su parametría reporta un grado de validez y confiabilidad de 0,89; la consistencia presenta un alfa de Cronbach de 0,69 en las cuatro dimensiones.

Los datos se procesaron en SPSS versión 10.0 y se analizaron mediante estadísticas descriptivas de acuerdo con las variables del instrumento.

Para realizar el estudio, se solicitó permiso a las autoridades del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, sede Santa Marta, para acceder a los comedores; se contemplaron los lineamientos dados por la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud; los participantes decidieron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad y el uso de los datos aportados con fines exclusivos de la investigación.

RESULTADOS

La caracterización sociodemográfica de los adultos mayores mostró que son en su mayoría, un 75% hombres, sin pareja por separación o viudez, el intervalo de edad estuvo entre 60 a 90 años, la edad modal fue 72 años, la edad promedio 76 años, 70% no tiene ningún grado de escolaridad, aunque no todos son analfabetos y el 30% restante ha realizado estudios de primaria incompleta y completa. Debido a su edad y a que

siempre trabajaron por cuenta propia hoy en día son dependientes económicamente de la familia con apoyo del estado, están afiliados al Sistema de identificación de posibles beneficiarios de programas sociales (SISBEN), habitan en los estratos 1 y 2, 76% manifiestan provenir del área rural y están en situación de desplazamiento, 95.4% cuentan con un cuidador familiar.

Con respecto a la calidad de vida se observó la siguiente tendencia:

La calidad de vida es una evaluación subjetiva de los atributos, sean estos positivos o negativos que caracteriza la vida, la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar⁵ y que está determinada por cuatro dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar espiritual y bienestar social⁶.

La calidad de vida del adulto mayor, equivale a la calidad del envejecimiento, es decir a la percepción de la propia persona sobre cuanta disminución ha traído a su vida y a su interacción personal el evento de la senectud⁷; el envejecimiento, genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida misma en un país⁸.

La población mayor está creciendo más rápido que la población total en América Latina, y Colombia parece tener aún más acelerado el envejecimiento⁹. Este envejecimiento poblacional impone un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países: "hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar la calidad de vida de éstas"¹⁰.

Con respecto a cada una de las dimensiones se observó: Dimensión física: se define como el control o alivio de los síntomas y mantenimiento de la funcionalidad e independencia⁶.

Se observó una ligera propensión a lo negativo en cuanto a la dimensión física; esto está determinado por el gran peso del desgaste producido por el paso de los años, no hay duda que se originan cambios estructurales o modificaciones biológicas que influyen en rendimiento personal y esta disminución influye en la personalidad y el desempeño de los individuos de la tercera edad¹¹.

De los adultos mayores entrevistados 85% padecen de enfermedades crónicas entre las que se destacan las

alteraciones cardiovasculares y dentro de ellas la más significativa es la hipertensión arterial. Otro tipo de enfermedades muy presentes son las endocrinas como la diabetes; secuelas de enfermedad cerebro-vascular secundarias a hipertensión, diabetes y dislipidemia y enfermedades respiratorias ocasionadas por la exposición voluntaria al tabaco. En esta etapa de la vida, donde la capacidad de repuesta y adaptación del organismo está disminuida, es frecuente la cronicidad⁷.

Con la edad se produce una disminución de la capacidad funcional de numerosos sistemas y se afectan las cualidades físicas, la fuerza muscular, se afecta la realización de actividades de la vida diaria, muchos entran en etapa de agnosia, permanecen asténicos, sufren diversas atrofiás, reduciendo la capacidad y la disposición de las personas mayores a tener una vida independiente^{8,12}. Los padecimientos crónicos, producen discapacidades físicas y neurológicas que alteran la calidad de vida por generar invalidez funcional, circunstancia que impone la necesidad de un cuidador familiar, cuyo rol ejercido a través del tiempo desemboca por cansancio en desajuste familiar¹³. Sin embargo, llama mucho la atención que para el 25 % de estos adultos mayores la percepción de su salud física es buena ya que asocian la enfermedad al paso del tiempo, a la edad, y por lo tanto es algo esperado, no vivido como castigo ni como algo accidental.

Las condiciones de salud prevalente en ellos, son detrimentos propios de la vejez, por eso aunque todos ellos tienen en mayor o menor grado, un detrimento de su estado físico, manifiestan estar muy felices por lo que hasta ahora han vivido. Esto equivale a mostrar que la calidad de vida no se asocia necesariamente a los eventos que ocurren en la vida de cada uno de ellos, sino en la actitud con que afrontan estos cambios.

Dimensión psicológica: se toma como la búsqueda de un sentido de control para el afrontamiento de una eventualidad que amenaza la vida, caracterizada por un problema emocional, alteración de prioridades de la vida y miedo a lo desconocido. Cuando el afrontamiento se realiza de manera proactiva, se producen cambios positivos en la vida⁶.

El bienestar psicológico se encuentra alterado debido a que un 65% de estos adultos mayores presentan depresión, que es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años¹⁴. La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad son factores que se asocian con depresión y está en estrecha

relación con las enfermedades crónicas¹⁵. Algunos manifiestan sentimientos de abandono y soledad debido al maltrato y rechazo por parte de la familia, asociada esta circunstancia al cansancio del cuidador por el desempeño del rol. Algunos refieren haber recibido insultos o gritos hirientes, amenazas o chantajes, golpes o empujones, aunque el grueso del maltrato psicológico se encuentra enmarcado en situaciones sutiles, en las que mancillan el ánimo y el alma, pero no se ven en el cuerpo¹⁶.

Agravando esta situación, el 75% de este grupo de adultos mayores vive en situación de desplazamiento, son personas que tuvieron que salir de su entorno cotidiano, el campo, para refugiarse en la ciudad, con los cambios que esta situación trae a sus vidas. Esta cotidianidad violentamente perdida, con cambios impuestos, los deprime porque no se pueden dedicar a actividades que antes llenaba sus vidas, y para las cuales están calificados y tienen edad vigente. Ahora no pueden cultivar la tierra, atender el ganado, tener gallinas y recoger huevos criollos para su desayuno; su vida y estilo de vida cambió de repente y ahora mientras en el campo ellos cultivaban sus alimentos y vivían de la tierra, aquí en la ciudad viven del trabajo diario de sus familiares, muchos de los cuales derivan el sustento de la economía informal.

Es importante resaltar que el desplazamiento es considerado un acontecimiento estresor, traumático que pone a prueba la estabilidad personal y la solidez del núcleo familiar y social que impone obligaciones físicas y psicológicas para superar la situación que se vivencia como un trauma con estrés, ansiedad, temor, depresión, pérdida de autoestima, paranoia, que enmarca un proceso de culpabilizar o culpabilizarse, un deseo de venganza, un reto al asumir rol de víctima, empeoramiento de las condiciones de vida, desarraigo cultural, ruptura de redes sociales y afectivas y cambio en los roles de las familias, entre otras¹⁷.

Dimensión social: Esta dimensión brinda la posibilidad de ver a la persona no solo desde la enfermedad, desde la discapacidad, desde la disminución física, sino desde el núcleo social de sus convivientes. Por este medio es por el que se reconoce al adulto mayor inmerso en sus relaciones y roles^{6, 17}.

Las relaciones sociales y las redes de apoyo constituyen el corazón de la interacción social del anciano. Para el adulto mayor las redes de apoyo primaria, es decir, la familia, representa un pilar fundamental de sustento, y

las secundarias, o sea los vecinos, los amigos, parientes y grupos comunitarios permiten la interacción con el entorno^{8,17}. Los ancianos asistentes a los comedores del programa ven en el momento de sus alimentos, la oportunidad de interactuar con personas de su misma edad, todos se ven como pares, comparten vivencias y recuerdos de otros tiempos. En suma, este momento es esperado, se vive como algo gratificante, se disfruta de la remembranza y se evita el aislamiento.

Paradójicamente, esta es la dimensión más afectada, debido a que para estas personas la situación social que vive nuestro país cambió la historia de sus vidas y las de sus familiares; ellos hacen parte de ese grupo de 249,023 personas mayores de 60 años que se encuentran en situación de desplazamiento, según cifras de la International Organization for Migration¹⁸, y viven diariamente las repercusiones psicológicas y sociales del desplazamiento.

Esta es una franja de la población con precaria seguridad social, bajo poder adquisitivo, habitantes de barrios con necesidades básicas insatisfechas, que tienen que recurrir a buscar el sustento en un comedor comunitario porque no tienen garantizado el alimento en sus hogares y, que en ocasiones, prefieren llevarse su ración a casa para compartirla con otros familiares.

En general, la problemática social del adulto mayor en este estudio está determinada por una situación socio familiar deteriorada, con consecuencias graves, aunque predecibles como baja autoestima, depresión, dificultad para dormir, malestar emocional y aumento de la tasa de mortalidad^{18,19}, incrementado esto por la situación de desplazamiento forzado y las dificultades económicas que afectan de forma directa la calidad de vida y la interacción social.

Dimensión espiritualidad: Habilidad para mantener la esperanza y obtener el significado de la experiencia de la enfermedad que se caracteriza por la incertidumbre⁶. El gran reto de envejecer saludablemente es la conservación de la autonomía funcional, es decir, considerarse y sentirse un ser auto válido

En el bienestar espiritual se puede observar una tendencia hacia valores positivos, todos creen en un ser superior, agradecen a la concepción que cada uno tiene de Dios los beneficios recibidos, hacen oración diaria, asisten a rituales religiosos de diversos cultos y a actividades que fomentan su espiritualidad, a través del compartir con los compañeros experiencias de

disfrute como bailes, concursos, y ejercicios de memoria, estrategias que aunadas a la religiosidad se consideran recursos que utilizan las personas para enfrentar situaciones difíciles²⁰.

La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida. Por estos motivos, se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento²¹.

En este grupo se manifiesta tanto el regocijo por estar vivos a pesar de las dificultades, que aunque consideran que están viviendo sus “extras” le agradecen a Dios por permitirles vivir.

DISCUSIÓN

La calidad de vida tiene múltiples significados y constituye una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad, con la propia percepción de bienestar y la satisfacción por la vida que se lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a la propia experiencia, la salud y el grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores, considerados significativos por cada uno^{1, 2, 22, 23}.

Los hallazgos de bienestar físico de este estudio coincide con lo planteado en numerosas investigaciones las cuales manifiestan que en la etapa de adulto mayor, suceden cambios físicos y biológicos que evidencian el declive del funcionamiento de los sistemas del individuo^{7, 11, 12, 13}, además proponen que a mayor edad, mayor grado de discapacidad, dependencia funcional²² y mayor riesgo de enfermedades crónicas²⁴. Las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abrazan la vida cotidiana de la persona así como sus redes sociales²⁵. Una vez instauradas pueden producir cambios psíquicos y corporales intensos y modificar áreas significativas de la vida²⁶.

Sin lugar a dudas, esta serie de cambios físicos y la aparición de enfermedades crónicas tiene efecto en el bienestar psicológico del adulto mayor ocasionando sentimientos de frustración y depresión por la pérdida de su independencia, convirtiéndose la familia en el

principal soporte del anciano, sin embargo, algunos son víctimas de abandono y violencia intrafamiliar^(14, 15, 16, 17). Roca, en diferentes estudios sobre el funcionamiento familiar ante la enfermedad crónica y la vejez, revela que uno de los factores que pudiera llevar por tanto, a la aparición del maltrato es el mal funcionamiento familiar, ya que se considera esencial la dinámica de relaciones con la familia. Si no se tienen buenas técnicas de afrontamiento ante la situación, si no hay una buena cohesión familiar, se agudiza la disfunción y sobreviene el maltrato²⁷. Es decir que la capacidad de afrontamiento es consecuencia lógica del grado de funcionalidad familiar.

Es importante tener en cuenta que las relaciones sociales y familiares proporcionan al anciano un apoyo importante. La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana²⁸. Sin embargo, las vivencias que genera la dependencia y la cronicidad, afectan directamente el bienestar familiar y social evidenciado la necesidad urgente de acciones y políticas públicas que permitan abordar de manera positiva la problemática, de manera que se mejore la calidad de vida de la población.

Velandia, muestra la realidad colombiana cuando afirma que el hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico²⁶. El aumento de la ancianidad pone a prueba la capacidad de respuesta de la organización social estatal que debe propender porque se garantice una atención interdisciplinaria en salud oportuna y de calidad, haya una sociedad preparada para valorar al anciano sin que lo segregue ni estigmatice, sino que lo dignifique. Y, al mismo tiempo, que el estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población la satisfacción en condiciones dignas de sus necesidades^{27,28}.

Con respecto al bienestar espiritual es importante mencionar que los adultos mayores se apoyan en su espiritualidad y religiosidad, que esto les permite mayor fortaleza y proporciona mejor estado de salud^{29, 30, 31, 32, 33, 34}.

La calidad de vida del adulto mayor, es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana: vivienda, vestido, alimentación,

educación y libertades humanas, cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente. Esta adaptación influye en la salud física, en la aparición o no de fallas en la memoria, en que haya o no temor, en que el adulto mayor sea o no víctima de abandono, en que sobrevenga la muerte, en que el adulto sea independiente o llegue a la invalidez^{35, 36}.

CONCLUSIÓN

La calidad de vida de los adultos mayores de este estudio se encuentra interferida en sus dimensiones física, y social. La dimensión física debido a la disminución que trae consigo la ancianidad y la aparición de enfermedades crónicas, la dimensión psicológica porque la autovalencia está disminuida en aras de la dependencia y la cronicidad y la dimensión social, se interfiere porque son personas que han sufrido un desarraigo cultural, un desplazamiento que las ha arrancado de su entorno social.

La dimensión espiritual por su parte se encuentra fortalecida porque se sustenta en la religiosidad y en las experiencias espirituales posibles en el ser humano como el compartir con grupos integrados por personas que se consideran entre ellos pares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Rev Terapia Psico*. 2012; 30(1): 61-71.
2. Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Esp Geriátrica Gerontológica* 2002 [en línea]. Disponible en http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/oms_envejecimiento_activo.pdf.
3. Ferrell B, et al. An instrument quality of live. Validation of a conceptual model. *Hospice Journal*. 1991; 7(1):9-24.
4. Sánchez B, Pinto N, Barrera O, Carrillo M, Chaparro L. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad
5. Urzúa A. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas *Interamerican Journal of Psychology*. 2008; 42(1) 25-38.
6. Ferrell B. The quality of lives: 1525 voices of cancer. *ONS/Bristol-Myers Oncology Division Distinguished. ONS*. 1996; 23(6):907-908.
7. González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. *Bioética desde una perspectiva cubana*. Ciudad de la Habana. 1997; 279-285..
8. Botero B. Pico M. Calidad de vida relacionada con la Salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica hacia la promoción de la salud. 2012; 12 (2): 11-24.
9. Alonso L. Nieto M. Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Revista Salud Uninorte*. 2007. 23 (2): 292-301.
10. Bayarre V. Pérez P. Menéndez J. Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad. *Geroinfo.rnps 2006* [en línea] Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG037_BAYARREVEA.pdf.
11. Moreno A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Intern. de Med. y Ciencias de la Act. Fís. y del Depo*. 2005. 20 (2): 17-31.
12. Araya P. et. al. Incidencia de un programa de actividad física sobre los parámetros antropométricos y la condición física en mujeres mayores de 60 años. *Rev Nut. Hospitalaria*. 2012; 27 (5): 32-46.
13. Hernández M. Juárez A. Enfermedades Crónicas Degenerativas y el Envejecimiento: Colapso de la Enfermería. *Revista Desarrollo Científico Enfermería*. 2009; 17(7): 26-40.
14. Martínez J. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado *Rev. Médica Instituto Mexicano Seguro Social*. 2007; 45 (1): 21-28.
15. Gómez C. et. al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev. Panamericana de Salud Publica*. 2004; 16(6):378-386.
16. Marín P, Guzmán J, Araya A. Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Rev Med Chil*. 2004; 132(7): 832 - 838.
17. Ramirez U. Chavez Y. Molano G. Desplazamiento forzado en Colombia, Análisis documental e informe de investigación en la Unidad de Atención Integral al Desplazado (UAID) 2003; 1 (1): 221-236.
18. Pérez G. Penhale B. Maltrato de las personas mayores: situación actual en el Reino Unido. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41 (5): 289-296.
19. International organization for migration, disponible en <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/what-we-do/migration-policy-and-research/migration-policy-1/migration-policy-practice/issues/october-november-2012/atencion-y-reparacion-integral-a.html>
20. San Martín C. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *Rev. hologramática Facultad de Ciencias Sociales*. 2008 8(1): 103-120

21. Mantilla G. Dulcey E. Envejecimiento, experiencias y perspectivas Rev. De la asociación interdisciplinaria de Gerontología. 1996; 2(1): 87-92
22. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia Anales de la Facultad de Medicina Lima 2007. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>
23. Gutiérrez J. et. al. Incapacidad funcional en una población de ancianos en el medio comunitario. Mapre Medicina. 2001; 12(4):266-272.
24. Barrantes M. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos Rev. salud pública de México. 2007; 49 (4): 18-34.
25. Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent J, Ramón J. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. [Revista en la Internet]. 2007 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000300002&script=sci_arttext&tlng=pt
26. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300-319
27. Roca M. La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros [Rev. En la Internet]. 2007. Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=Sections&sop=viewarticle&artid=122>
28. Docampo L. Barreto R. Santana C. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor Revista Archivo Médico de Camagüey. 2009;13(6): 21-36.
29. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana Rev Cubana Salud Pública. 2011; 37 (4): 13-22.
30. Rivas A. Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en dos clínicas renales en Santa Marta, Colombia. Rev. Actualizaciones de Enfermería. 2011; 14 (2): 12-16.
31. Puchalski C. et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. Rev. Med Paliat. 2011; 18(1):20-40.
32. Koenig H. McCullough M. Larson D.. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press. 2001. Pg. 142-158
33. Zavala M, Vázquez O, Whetsell M. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Aquichan. 2006. 6 (1): 8-21.
34. Vega O. González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Rev Enfermería global. 2010; 16(1): 1-11.
35. Reig A. et al. Evaluación de la espiritualidad en personas mayores atendidas en una unidad de cuidados paliativos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45(2): 45-52.
36. Vanegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Rev, aquichan. 2006; 6(1): 137-147. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es