

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Victoria Lizeth Macías Hernández¹, María Guadalupe Ramírez Villalobos², Stephany Rubí Núñez Rodríguez³, Danna Paola Martínez Chávez⁴, Brenda Hidalgo Mares .

Declaración de conflictos e intereses:

Las autoras declaran que no existe ninguna relación financiera o personal que pudiera ocasionar algún conflicto de intereses.

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores. **Metodología:** Estudio cuantitativo, correlacional, con diseño metodológico no experimental, transversal y prospectivo, con un muestreo no probabilístico por disposición, se evaluaron 43 adultos mayores de la comunidad de Villa Juárez, Asientos, Aguascalientes, con las escalas World Health Organization Quality of Life-Old aplicada en México y Escala Valoración de Agencia de Autocuidado con alpha de cronbach de 0.84 y 0.74 respectivamente. **Resultados:** Respecto a las variables, en capacidad de agencia de autocuidado 71.4% mostró capacidad media, 28.6% capacidad alta, sin casos de baja capacidad. En calidad de vida 83.3% de los adultos mayores presentó baja calidad, 14.3% media calidad y 2.4% alta calidad de vida. Al correlacionar las variables se obtuvo un rho de Spearman de

¹Estudiante de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, próxima a egresar. ²Estudiante de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, próxima a egresa. ³Estudiante de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. ⁴Estudiante de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. ⁵Licenciada en Enfermería por la UAA, especialista en Oncología por la UNAM y Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato.

0.131, $p = 0.408$ ($p > 0.05$). Sin embargo, se identificó relación en tres dimensiones de calidad de vida: participación y aislamiento ($\rho S = 0.350$, $p = 0.023$), actividades ($\rho S = 0.347$, $p = 0.024$) e intimidad ($\rho S = 0.501$, $p = 0.001$) con la capacidad de agencia de autocuidado. Conclusión: Dado el crecimiento de esta población, es clave desarrollar estrategias que, además de fortalecer la autonomía, fomenten la participación social, el bienestar emocional y el acceso a cuidados de salud.

Palabras Clave:

Autocuidado, Calidad de Vida, Adulto Mayor, Envejecimiento Saludable.

Abstract:

Objective: To determine the relationship between self-care capacity and quality of life in older adults. Methodology: Quantitative, correlational study with a non-experimental, cross-sectional, and prospective design. A non-probabilistic convenience sampling was used, evaluating 42 older adults from the community of Villa Juárez, Asientos, Aguascalientes. The World Health Organization Quality of Life-Old scale (adapted for Mexico) and the Self-Care Agency Assessment Scale were used, with Cronbach's alpha values of 0.84 and 0.74, respectively. Results: Regarding the variables, 71.4% of participants showed a medium level of self-care agency, 28.6% a high level, and none had a low level. For quality of life, 83.3% of older adults presented low quality, 14.3% medium quality, and 2.4% high quality of life. When correlating the variables, a Spearman's rho of 0.131 was obtained ($p = 0.408$, $p > 0.05$). However, a relationship was identified in three dimensions of quality of life: social participation and isolation (Spearman's rho = 0.350,

$p = 0.023$), activities (Spearman's $\rho = 0.347$, $p = 0.024$), and intimacy (Spearman's $\rho = 0.501$, $p = 0.001$) with self-care agency.

Conclusion: Given the growth of this population, it is essential to develop strategies that, in addition to strengthening autonomy, promote social participation, emotional well-being, and access to healthcare.

Keywords:

Self-Care, Quality of Life, Older Adults, Healthy Aging.

Introducción

La vejez comienza a los 60 años, es considerada la última etapa de la vida y la cual es parte del envejecimiento, este proceso inicia desde el nacimiento hasta la muerte. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes. Esta etapa también se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que se conocen habitualmente por el nombre de síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores que incluyen, entre otros, la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y las úlceras por presión, mismas que afectan el autocuidado de la persona, creando cierta dependencia.¹

Dorothea Orem en su teoría refiere que la capacidad de agencia de autocuidado permite un envejecimiento saludable en el ser humano, favoreciendo el bienestar biopsicosocial.² Lo cual es parte fundamental de la calidad de vida en el adulto mayor, la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del sistema de valores en el que vive.³

De esta forma, la capacidad de agencia de autocuidado se convierte en un medio para lograr un estilo de vida de calidad, que no solo involucra la dimensión física, sino también el bienestar psicológico y social, conocido como el enfoque biopsicosocial. Para que el adulto mayor pueda llevar a cabo un autocuidado efectivo, es indispensable que desarrolle capacidades tales como la autosuficiencia, la autonomía, la responsabilidad y la participación en su entorno.⁴ Estas competencias permiten que la persona mantenga su independencia y reduzca su vulnerabilidad ante los cambios propios del envejecimiento.

La calidad de vida de los adultos mayores en México se mide a través de diversas estadísticas que reflejan su estado de salud, bienestar emocional y acceso a servicios de salud, por lo que el presente artículo expone una investigación que surge como propuesta científica orientada a analizar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas adultas mayores. Creando una nueva perspectiva para el personal de salud sobre la importancia de este grupo etario.

Comprender la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores permitirá a la disciplina de enfermería, diseñar intervenciones más eficaces y personalizadas para mejorar su bienestar. A partir de esta problemática y considerando la relevancia del tema, esta investigación buscó analizar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas adultas mayores, respondiendo a la pregunta:

¿Existe relación entre la capacidad de agencia de autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor?

Antecedentes

Según la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México⁵ las enfermedades que más afectan a la población de 53 años y más son hipertensión arterial, diabetes y artritis. Además, el 62.3% de las personas de 53 años y más percibe su estado de salud como regular a

malo. La pandemia de COVID-19 también ha impactado la salud mental de los adultos mayores, con un aumento en la prevalencia de sentimientos de depresión, estas afecciones se ven visualizadas directamente en la calidad de vida.

Actualmente nos encontramos en “La Década del Envejecimiento Saludable 2021- 2030”, declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020, es la principal estrategia para construir una sociedad digna para todas las edades.⁶

A mediados del siglo pasado comenzó a evidenciarse un fenómeno importante a nivel mundial, el envejecimiento de la población, con un incremento gradual de las personas mayores. Este fenómeno se debe a dos factores principalmente, por un lado, a la disminución de la mortalidad que ha contribuido al incremento de la esperanza de vida y, por otro lado, a la disminución de la natalidad. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12 al 22%.⁷

Por lo anterior, la sociedad y el sistema de salud enfrentara retos ante el crecimiento de dicha población, como el aumento en la demanda de los servicios médicos, mayor gasto en salud pública para atender enfermedades crónicas, menos fuerza laboral activa y cambios en las dinámicas familiares y sociales.

Metodología

El presente estudio fue de tipo aplicado, con enfoque cuantitativo, correlacional. Se adoptó un diseño metodológico no experimental, de tipo prolectivo, transversal y prospectivo.

En cuanto a los límites temporales y espaciales, la investigación se llevó a cabo en la comunidad de Villa Juárez, municipio de Asientos, Aguascalientes, México; durante el periodo comprendido entre octubre de 2024 y enero de 2025.

El universo fue de 590 personas adultas mayores⁴, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia evaluando a un total de 42 adultos mayores residentes en la comunidad que estuvieron en disposición a contestar la encuesta.

La evaluación se realizó mediante las escalas: Escala Valoración de Agencia de Autocuidado aplicada en México⁸, mide la capacidad de agencia de autocuidado, siendo esta unidimensional. Esta versión está formada por 24 ítems que evalúan la frecuencia en que se realizan actividades de autocuidado en cinco niveles (1= nunca, 2= casi nunca, 3= a veces, 4= casi siempre, 5= siempre); cabe mencionar que tres ítems tienen un sentido inverso (ítems 6,11 y 20) y la evaluación de esta escala se divide en baja capacidad de agencia de autocuidado (24-48 puntos), media capacidad de agencia de autocuidado (49-96 puntos) y alta capacidad de agencia de autocuidado (97-120 puntos), con coeficiente de confiabilidad alfa de cronbach de 0.74.

Así mismo se utilizó la escala World Health Organization Quality of Life-Old ⁹, validada en México, mide: la calidad de vida en adultos mayores, conformada por 24 ítems los cuales se dividen en 6 dimensiones: capacidad sensorial (preguntas 1,2,10,20) , autonomía (preguntas 3,4,5,11), muerte/agonía (preguntas 6,7,8,9), intimidad (preguntas 21,22,23,24), participación/aislamiento (preguntas 14,16,17,18) y actividades pasadas/presentes/futuras (preguntas 12,13,15,19). Su evaluación se divide en baja calidad de vida (menor a 77 puntos), media calidad de vida (77-91 puntos) y alta calidad de vida (92 puntos o más), con coeficiente de confiabilidad alfa de cronbach de 0.84.

Los criterios de inclusión considerados fueron: adultos mayores de entre 60 y 90 años que aceptaran participar de manera voluntaria en el estudio y firmaran el consentimiento informado. Dentro de los criterios de exclusión, se descartaron aquellos participantes con deterioro cognitivo o

auditivo, así como aquellos mayores de 91 años o más. En cuanto a los criterios de eliminación, se descartó del estudio a aquellos adultos mayores que no se encontraban en su domicilio durante el periodo de recolección de datos, impidiendo así su participación efectiva.

Para estos criterios se utilizó el cuestionario del estado mental portátil de Pfeiffer¹⁰ como instrumento para detectar posibles alteraciones en la función cognitiva de los adultos mayores. Esta herramienta permitió identificar a aquellos participantes con deterioro cognitivo que no pudieran dar respuesta a las escalas de valoración.

Continuando con el procedimiento, se realizó una sectorización y mapeo del lugar para proceder a pasar por los domicilios. Una vez que se identificaron los adultos mayores se procedió a la presentación de la investigación, se explicaron los objetivos y una vez que aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado.

Continuando con el procedimiento, se realizó una sectorización y mapeo del lugar para proceder a pasar por los domicilios. Una vez que se identificaron los adultos mayores se procedió a la presentación de la investigación, se explicaron los objetivos y una vez que aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado.

En caso de que algún participante no supiera leer se procedió a la lectura del consentimiento en voz alta, y en caso de que no supieran escribir, el investigador solicitó que colocará su huella dactilar en la hoja de consentimiento para proceder con la participación, una vez firmado el consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos a manera de entrevista para medir la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida.

En cumplimiento con la ley general de salud en materia de investigación en seres humanos¹¹, dentro de la investigación se aseguró el respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, a través del uso del consentimiento informado, conforme al artículo 13.

Además, para proteger la privacidad de los participantes, se asignó un código alfanumérico a cada uno, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, asimismo, según el artículo 17, la investigación se clasifica como de bajo riesgo, ya que no se manipuló ninguna variable en los sujetos de estudio.

El análisis estadístico fue realizado a través del paquete estadístico SPSS versión 25.0. mediante la estadística descriptiva a través de las medidas de tendencia central como frecuencia, media, mediana, moda y porcentajes.

Para la prueba de hipótesis con la estadística inferencial mediante la prueba de Shapiro-Wilk, obteniendo una población normal por lo que se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

Cuenta con la aprobación institucional correspondiente, otorgada por el Área de Investigación del Departamento de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, con el código de registro AEI-22-24.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 43 adultos mayores, por criterios de exclusión se descartó un cuestionario, quedando un total de 42 adultos mayores. Se obtuvo que el promedio de edad de los participantes fueron de 71.5 años. En cuanto al sexo, la distribución estuvo compuesta principalmente por mujeres, representando el 69% de la muestra. Con respecto a la escolaridad, el 50% de los participantes concluyó sus estudios hasta la primaria, contrastando con el 21.4% de los participantes que no fueron a la escuela. En estado civil se obtuvo que el 52.4% de los participantes estaban casados mientras que el segundo porcentaje más elevado resultó ser el 40.5% que declaro estar viudo. En relación con las personas con las que viven los participantes, se destacó que el 45.2% de los participantes viven con 1 a 2 personas en comparación al 35.7% que viven acompañados de 3 a 4 personas.

Referente a los resultados de nivel de capacidad de agencia de autocuidado un 71.4% mostró capacidad media, 28.6% capacidad alta, sin casos de baja capacidad (tabla 1). En calidad de vida 83.3% de los adultos mayores presentó baja calidad, 14.3% media calidad y 2.4% alta calidad de vida (tabla 2). Se procedió a la correlación de variables en donde los resultados arrojaron una relación negativa, sin significancia estadística ($\rho = 0.131$, $p=0.408$), evidenciando que no existe una asociación relevante entre los niveles de capacidad de agencia autocuidado y la calidad de vida dentro de esta muestra.

Sin embargo, se obtuvo una relación positiva con la capacidad de agencia de autocuidado en tres dimensiones del instrumento World Health Organization Quality of Life-Old que mide la calidad de vida. Dichas dimensiones fueron “Intimidad” en donde se obtuvo un ρ Spearman 0.501 con un valor de $p=.001$ (gráfica 1), “Participación/aislamiento” con un ρ Spearman .350 con un valor de $p=.023$ (gráfica 2) y “Actividades pasadas/presentes/futuras” con un ρ Spearman .347 y un valor de $p=.024$ (gráfica 3).

Discusión

Loredo-Figueroa analizaron la relación entre independencia funcional, autocuidado y calidad de vida en ancianos. Encontraron que la gran mayoría de sus participantes eran independientes para las actividades cotidianas y presentaban una alta agencia de autocuidado: el 22.4 % tuvo capacidad buena y el 76.6 % muy buena. Sin embargo, pese a esta autonomía, el 45.7 % de los sujetos reportó baja calidad de vida ¹². Por otro lado, en esta investigación se obtuvo un porcentaje más alto en ambas variables. Esto sugiere que la independencia funcional y el autocuidado elevado no garantizan por sí solos una percepción satisfactoria de bienestar en la vejez.

De manera similar, Villareal Amaris reportó que el 54 % de los ancianos percibe deficiente su calidad de vida, aunque es una cifra menor a la

reportada en esta investigación se indica igualmente una alta prevalencia de percepción negativa de bienestar¹³. Ambas cifras coinciden en evidenciar una prevalencia elevada de calidad de vida deficiente entre los mayores. En contraste, Pérez Ortiz et al, documentaron una correlación positiva entre calidad de vida y desempeño en actividades de la vida diaria ($r = .363$, $p < .001$), así como asociaciones particularmente fuertes en dimensiones relacionadas con intimidad y relaciones sociales ($p < .001$) y con la dimensión de actividades pasadas/presentes/futuras ($p < .001$) del instrumento World Health Organization Quality of Life-Old¹⁴. Ambos estudios sugieren que, aunque la relación general entre autocuidado o autoeficacia y calidad de vida puede no ser significativa en todos los casos, existen áreas específicas de la vida de los adultos mayores donde estas capacidades juegan un papel importante.

Por otra parte, Herrera-Santí et al, demostraron el impacto positivo de intervenciones educativas en el bienestar de los adultos mayores. En su estudio, antes de la intervención el 35 % de los participantes presentaba calidad de vida baja o muy baja, pero al concluir el programa el 100 % había alcanzado niveles medio o alto de calidad de vida¹⁵. Este resultado subraya que programas de apoyo psicosocial pueden revertir la percepción de calidad de vida deficiente. En congruencia con este estudio que observó una asociación significativa entre la dimensión “participación y aislamiento” del instrumento de calidad de vida con la capacidad de agencia de autocuidado. Esto indica que promover la integración social y la participación comunitaria de los ancianos podría fortalecer sus capacidades de autocuidado y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida.

Finalmente, García Cervantes encontró que el 77 % de un grupo de adultos mayores mostraba calidad de vida baja y el 23 % media, sin registros de niveles altos. Este hallazgo coincide con los resultados de este estudio y reafirma la predominancia de baja calidad de vida en la

población geriátrica ¹⁶. En conjunto, estas evidencias destacan la necesidad de estrategias integrales: además de mantener la independencia física y el autocuidado, es esencial abordar los factores psicosociales y de participación social para elevar la calidad de vida percibida por los ancianos.

Conclusión

Las relaciones de las tres dimensiones de calidad de vida con la capacidad de autocuidado sugieren que, si bien la calidad de vida entendida como una construcción general no se relaciona directamente con la capacidad de autocuidado, algunos aspectos concretos de la vida del adulto mayor sí se ven influenciados por su nivel de autonomía y capacidad de agencia de autocuidado. La participación en la vida social, la realización de actividades significativas y la calidad de las relaciones interpersonales son elementos que parecen vincularse positivamente con la forma en que los adultos mayores ejercen el autocuidado.

Por lo tanto, estos hallazgos aportan una visión más matizada del fenómeno estudiado, destacando la importancia de analizar la calidad de vida no solo como un todo, sino también a través de sus componentes individuales. Lo anterior permite identificar áreas clave en las que el fortalecimiento de la agencia de autocuidado podría impactar positivamente en el bienestar de los adultos mayores, orientando futuras intervenciones hacia dimensiones específicas que promuevan una vejez más activa, conectada y satisfactoria.

Tablas

Tabla 1

“Nivel de capacidad de agencia de autocuidado”

Interpretación	F	%
Media Alta	30	714
	12	286
	42	100

Fuente: Escala ASA, n=42. Villa Juárez, Asientos

Nota: Los resultados arrojaron que la mayor parte de la población encuestada de adultos mayores presentaron una media capacidad, sin casos de baja capacidad.

Tabla 2

“Nivel de calidad de vida”

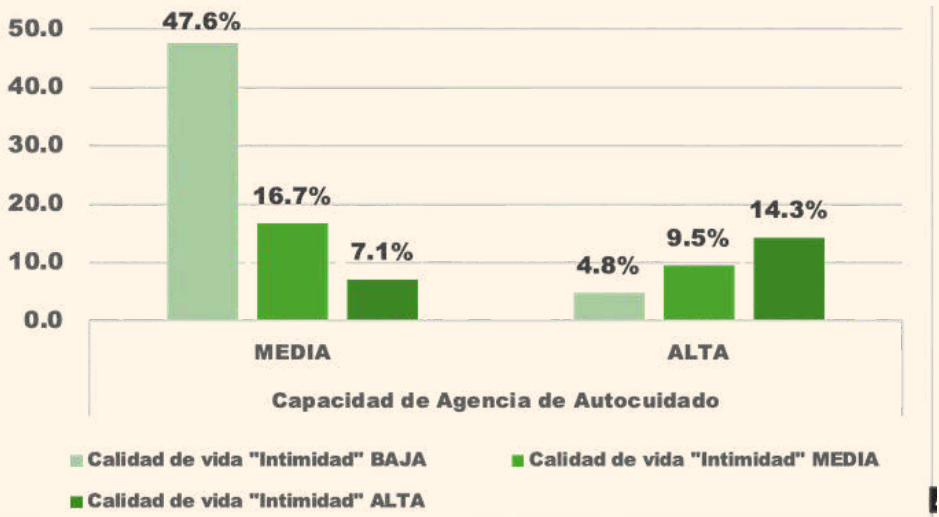
Interpretación	F	%
Baja Media Alta Total	35	833
	6	143
	1	24
	42	100

Fuente: Escala WHOQOL-OLD, n=42. Villa Juárez, Asientos.

Nota: La mayoría de la población encuestada arrojó una baja calidad de vida, siendo el menor porcentaje correspondiente a una calidad de vida alta.

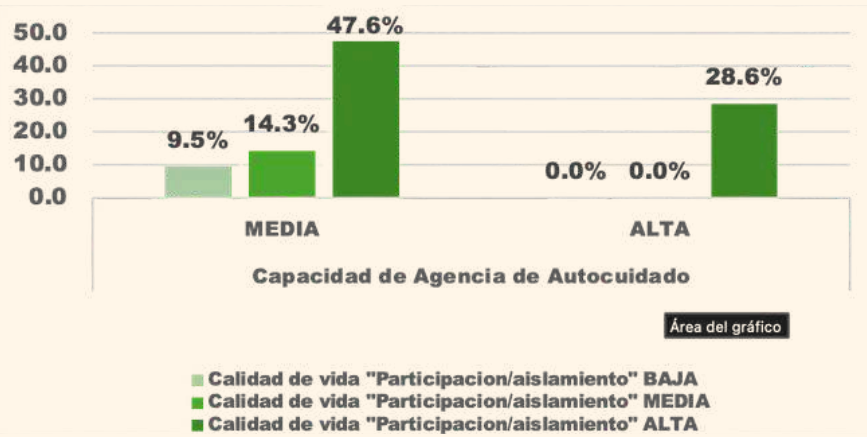
FIGURAS

Gráfica 1: “Calidad de vida – intimidad vs capacidad de agencia de autocuidado”



Fuente: WHOQOL-OLD y ASA, n=42. Villa Juárez, Asientos
Nota: Rho Spearman 0.501, p=.001*, *Significancia estadística

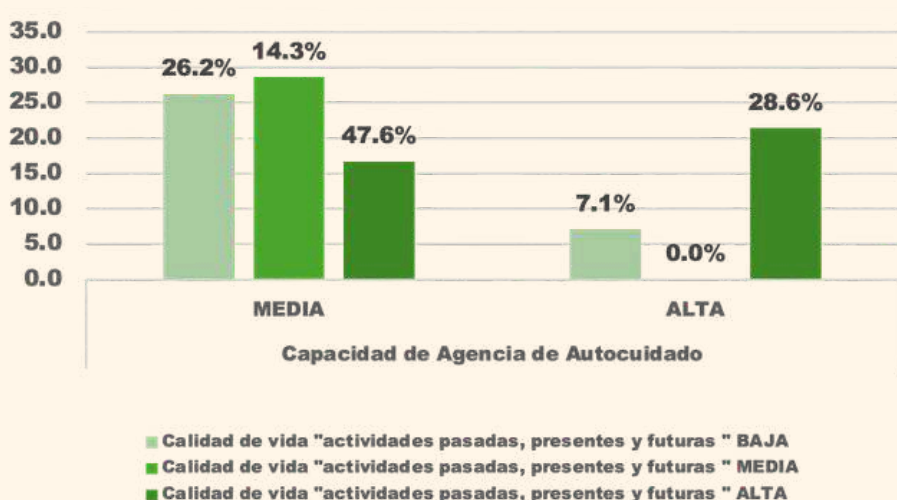
Gráfica 2: “Calidad de vida – participación/aislamiento vs capacidad de agencia de autocuidado”



Fuente: WHOQOL-OLD y ASA, n=42. Villa Juárez, Asientos

Nota: Rho Spearman 0.350, p=.023*, *Significancia estadística

Gráfica 3: “Calidad de vida – actividades pasadas, presentes y futuras vs capacidad de agencia de autocuidado”



Fuente: WHOQOL-OLD y ASA, n=42. Villa Juárez, Asientos

Nota: Rho Spearman 0.347, p=.024*, *Significancia estadística

Bibliografía

- Corujo Rodríguez, E., & Pérez Hernández, D. G. (2006). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. En Sociedad Española de Geriatriá y Gerontología (Ed.), *Tratado de Geriatriá para Residentes* (1.^a ed., pp. 48–57). SEGG.
- Berdayes Martínez, D., González-Celis, A. L., Pérez-Cruz, M., & González-Celis, A. G. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89–100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es

- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Envejecimiento y vejez*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de Evaluación Cognitiva, 2021*. <https://www.inegi.org.mx>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Década del envejecimiento saludable (2021–2030)*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022). *Perfil sociodemográfico de personas adultas mayores*. https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- Evers, G. C., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Senten, M., & Brouns, G. (1993). Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4), 331–342.
- Acosta-Quiroz, C. O., Vales-García, J. J., Echeverría-Castro, S. B., Serrano-Encinas, D. M., & García-Flores, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241–250. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.505>

- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C., & Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129–134. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud* (última reforma publicada). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Loredó-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Villarreal, G., Pérez, C., & Usta, A. (2022). Salud y calidad de vida autopercibida de los adultos mayores en un municipio del Caribe colombiano. *Salud Unisucre*, 38(1), 35–48. <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/saludunisucre/article/view/456>
- Pérez-Ortiz, A., Becerra-Gálvez, A. L., Hernández-Gálvez, G. A., Estrada-Alvarado, M. C., & Medina-Jiménez, E. A. (2022). Calidad de vida y actividades de la vida diaria en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 32(1), 171–179. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2723>

- Herrera-Santí, P. M., Martínez-García, N., & Navarrete-Ribalta, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252015000400005&lng=es
- Intriago, A., Rosero, M., & Guachilema, M. (2022). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *Chakinan. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2), 145–156. <https://chakinan.unach.edu.ec/index.php/chakinan/article/view/759/6>