

El papel de la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor

The Family Role in the Older Adult's Self-Perception of Quality of Life

Ana María Iraizoz Barrios^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1507-4438>

Jovanny Angelina Santos Luna¹ <https://orcid.org/0000-0001-6179-106X>

Viviana García Mir¹ <https://orcid.org/0000-0002-5288-4771>

Germán Brito Sosa¹ <https://orcid.org/0000-0003-0858-4461>

Raquel Magali Jaramillo Simbaña¹ <https://orcid.org/0000-0001-7793-5777>

Gisela León García¹ <https://orcid.org/0000-0002-6884-6112>

Stalin Solorzano Solorzano <https://orcid.org/0000-0003-1061-0438>

Irán Rodríguez Delgado <https://orcid.org/0000-0002-6453-2108>

¹Universidad Técnica de Machala. El Oro, Ecuador.

* Autor para la correspondencia: airaizoz@utmachala.edu.ec

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población en la actualidad es uno de los principales problemas a nivel mundial, debido al incremento en la esperanza de vida. Sin embargo, una mayor esperanza de vida no significa una mejor calidad de vida.

Objetivo: Valorar el papel que desempeña la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal en adultos mayores aplicada en sujetos de ambos sexos en la provincia ecuatoriana de El Oro entre enero del 2018 y noviembre del 2019. La muestra quedó conformada por 399 pacientes. Los cuestionarios utilizados fueron: “Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético”, y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.

Resultados: El promedio de edad fue de 73,66 años \pm 7,38 con un rango entre los 65 y 98 años. El 78,9 % de los adultos mayores maltratados y el 75,9 % de los adultos mayores con trato familiar regular refieren una calidad de vida deficiente. Solo el 18,3 % de los adultos

mayores bien tratados refirieron una calidad de vida deficiente, por lo que se observa una asociación entre el trato familiar y la percepción de la calidad de vida estadísticamente significativa. Se constató maltrato familiar por negligencia en los adultos mayores que refirieron una calidad de vida deficiente.

Conclusiones: La familia posee un papel preponderante en la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras clave: adulto mayor; calidad de vida; cuestionario WHOQOL BREF; maltrato al anciano.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, population aging is one of the main problems worldwide, due to the increase in life expectancy. However, higher life expectancy does not mean better quality of life.

Objective: To assess the role played by the family in the older adult's self-perception of quality of life.

Methods: A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out with older adults of both sexes in the Ecuadorian province of El Oro, between January 2018 and November 2019. The sample consisted of 399 patients. The questionnaires used were the Biopsychosocial Assessment of the Older Adult from a Bioethical Approach and the WHOQoL-BREF Quality of Life Scale.

Results: The average age was 73.66 years \pm 7.38 years, with a range between 65 and 98 years. A poor quality of life was reported by 78.9 % of the mistreated older adults and 75.9 % of the older adults with regular family treatment. Only 18.3 % of the well-treated older adults reported a poor quality of life, which shows a statistically significant association between family treatment and perception of quality of life. Family mistreatment due to neglect was found in older adults who referred poor quality of life.

Conclusions: The family has a preponderant role in the quality of life of the older adult.

Keywords: older adult; quality of life; WHOQoL-BREF questionnaire; elderly mistreatment.

Recibido: 22/02/2021

Aceptado: 11/07/2021

Introducción

Con los adelantos científico-técnicos y los conocimientos alcanzados en salud, es un hecho el aumento de la longevidad a nivel mundial. En muchos países, generalmente desarrollados, mientras la esperanza de vida aumenta la tasa de natalidad disminuye, lo que lleva a lo que actualmente constituye uno de los mayores problemas mundiales: el envejecimiento de la población.^(1,2)

En el 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que a mediados del presente siglo el número de personas de 60 años y más a nivel mundial se duplicaría, llegando a la cifra de 1400 millones para 2030 y a 2100 millones para 2050;⁽³⁾ aunque la realidad es que este pronóstico actualmente puede verse afectado por la elevada mortalidad a nivel mundial de este grupo etario debido a la pandemia por COVID-19. Según la OMS, en las Américas, los países con mayor esperanza de vida son Canadá y Chile, con una media de 82,2 años y 80,5 años respectivamente, mientras que otros países como Costa Rica, Cuba, Panamá, Uruguay y México tienen resultados que sobrepasan los 76,5 años. En el caso de Ecuador, la esperanza de vida ha alcanzado los 76,2 años.⁽⁴⁾

Sin embargo, una mayor esperanza de vida no significa una mejor calidad de vida ni una disminución de enfermedades o discapacidades. Muchos individuos llegan a estas edades con limitaciones y dificultades físicas, funcionales y sociales que crean malestar y preocupación. En estos momentos, salvaguardar a los adultos mayores, con una percepción positiva de la senectud y una calidad de vida favorable se ha vuelto todo un desafío.⁽⁵⁾

La calidad de vida (CV) se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. En el adulto mayor (AM) adquieren importancia las relaciones familiares y el apoyo social, la salud, el estado funcional, los recursos económicos y los factores socioeconómicos, teniendo en cuenta que estos elementos les permitirán o no desempeñarse de forma autónoma y tomar decisiones en la vida.⁽⁴⁾

La autopercepción del individuo acerca de su calidad de vida dependerá de factores tanto objetivos (estado físico, salud, capacidades, economía, independencia) como subjetivos (sus expectativas personales, satisfacción, relaciones sociales y familiares).^(4,6)

Antiguamente, la percepción que se tenía de los adultos mayores era como fuente de sabiduría, conocimiento y fortaleza, motivo por el cual era importante contar con ellos en la familia; ahora la percepción ha cambiado y es asociada principalmente con gastos,

dependencia o enfermedad, de modo que la familia rechaza asumir la responsabilidad de su cuidado.^(7,8)

En la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores en el 2002, se definió que: «El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión» y, además, se convino que «es en el contexto familiar y/o en la unidad en la que se aportan los cuidados, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato».^(8,9)

El objetivo del presente estudio fue valorar el papel que desempeña la familia en la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor en la población de la provincia El Oro, Ecuador.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en adultos mayores de 65 años de la provincia de El Oro, Ecuador, de ambos géneros, entre enero del 2018- noviembre del 2019. La población de adulto mayores en la provincia fue estimada en 51 894 individuos, de los cuales fueron encuestados 419 adultos mayores de los diferentes cantones de la provincia. Se incluyeron adultos mayores con capacidad de comunicarse, orientados en tiempo, lugar y persona, que respondieron adecuadamente a preguntas de cómo se encontraban y su nombre. Fueron excluidos los pacientes que presentaban estados avanzados de demencia senil, incapacidad severa visual o de otra índole que impidieron realizar adecuadamente la encuesta, así como aquellos que se negaron a firmar el consentimiento informado o presentaron respuestas incompletas. De esta forma, la muestra quedó constituida por 399 pacientes, una vez calculado el tamaño de la muestra en base a la fórmula de poblaciones finitas con un 5 % de error muestral y 95 % de nivel de confianza. Las variables demográficas analizadas fueron: la edad, género, estado civil, educación formal, escolaridad y ocupación. Otras variables relacionadas con el estado de salud utilizadas fueron la funcionalidad y la presencia de enfermedades.

Como instrumentos de la investigación fueron utilizados los cuestionarios: “Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético”, encuesta realizada, validada y

aplicada en Cuba en el año 2012 por parte de los autores,⁽¹⁰⁾ (variables: trato familiar, apoyo familiar, sentirse útil en el medio familiar, autocuidado, integración social, respeto a la privacidad y pérdida de autoridad) y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (variables: calidad de vida, estado de salud percibida, solvencia económica, seguridad y frecuencia de sentimientos negativos). Esta escala, compuesta por 26 ítems, consta de dos preguntas independientes que indagan la percepción del individuo sobre la calidad de vida y la autopercepción de salud, respectivamente, y 24 preguntas que evalúan cuatro dimensiones: física, psicológica, social y ambiental.^(11,12)

La recolección de la información se realizó mediante encuestas a los adultos mayores por parte de estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala (UTMACH), con preparación y acompañamiento de profesores del proyecto de investigación “Valoración de la calidad de vida del adulto mayor desde un enfoque bioético”. Estos resultados son parte de dicho proyecto. El tiempo medio de la entrevista fue de 15 min.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS, versión 25, para Windows. Para el análisis se empleó estadística descriptiva univariada, bivariada y multivariada. De las variables cualitativas se obtuvo frecuencia absoluta y porcentajes, y en la cuantitativa se usaron medidas de tendencia central y dispersión. La relación de variables se analizó con la prueba estadística Ji-Cuadrada y análisis multivariado de correspondencia múltiple. Los valores de *p* menores a 0,05 se consideraron significativos.

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes y se mantuvo la confidencialidad.

Resultados

El promedio de edad fue de 73,66 años \pm 7,38, con un rango de edades que osciló entre los 65 y 98 años. En relación al género, el promedio de edad en el género femenino fue de 72,72 años \pm 6,99, con un rango de entre los 65 y 93 años; en el masculino el promedio de edad fue de 74,93 años \pm 7,68 con edades entre los 65 y 98 años.

A la pregunta de si se mantenían activos y trabajaban, 261 AM (65,4 %) respondió afirmativamente, predominaron las mujeres que realizaban las tareas del hogar en su casa, o como empleada doméstica (40,9 % del total de AM). En los hombres predominaron los jubilados o los que se mantenían inactivos. Los que trabajaban se dedicaban a actividades

de la agricultura y el comercio. En relación a la escolaridad, predominaron los AM con estudios primarios (n = 254, 63,7 %), refiriendo 69 AM (17,3 %) no presentar escolaridad y solo 16 (4,0 %) estudios universitarios. El 46,1 % vivía con su pareja. El 76,2 % de los AM refirió estar enfermo al momento de la recogida de la información. Los principales resultados demográficos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1- Características sociodemográficas de los encuestados

Variable	Total = 399		Mujeres = 229		Hombres = 170		p -valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
Grupo de edad (años)							
65-74	257	64,4	162	40,6	95	23,8	0,007
75-84	115	28,8	56	14,0	59	14,8	
85+	27	6,8	11	2,8	16	4,0	
Estado civil							
Soltero / divorciado	103	25,8	60	15,0	43	10,8	0,176
Casado/ pareja	185	46,4	98	24,6	87	21,8	
Viudo	111	27,8	71	17,8	40	10,0	
Educación formal							
Ninguna	69	17,3	38	9,5	31	7,8	0,065
Primario	254	63,7	137	34,3	117	29,3	
Secundario	60	15,0	43	10,8	17	4,3	
Terciario	16	4,0	11	2,8	5	1,3	
Está enfermo							
Sí	304	76,2	180	45,1	124	31,1	0,189
No	95	23,8	49	12,3	46	11,5	

^a: Calculado usando la prueba de Chi-cuadrado.

En la pregunta general que explora cuán satisfecho está con su salud, 39,8 % refirió sentirse insatisfecho.

En relación a la autopercepción de calidad de vida de los AM encuestados, 118 ancianos (29,6 %) consideraron su calidad de vida deficiente, 155 (38,8 %) la consideraba aceptable y 126 (31,6 %) como alta o muy satisfactoria. En relación al trato familiar, 77 AM (19,4 %) refirieron sentirse tratados regular o mal por sus familiares. En la tabla 2 se muestran los resultados de la autopercepción de calidad de vida de los adultos mayores y el trato familiar, en relación al género.

Tabla 2- Características de la autopercepción de calidad de vida y el trato familiar en relación al género

Variables		Total = 399		Mujeres = 229		Hombres = 170		p -valor ^a
		n	%	n	%	n	%	
Autopercepción de calidad de vida	Alta	126	31,6	81	20,3	45	11,3	0,037
	Aceptable	155	38,8	91	22,8	64	16,0	
	Deficiente	118	29,6	57	14,3	61	15,3	
Trato familiar referido	Bien	322	80,7	198	49,6	124	31,1	0,003
	Regular	58	14,6	23	5,8	35	8,8	
	Mal	19	4,8	8	2,0	11	2,8	

^a: Calculado usando la prueba de Chi-cuadrado.

Como puede observarse, existe asociación entre las variables con significancia estadística, $p < 0,05$. Los hombres en general refirieron una calidad de vida aceptable o deficiente, mientras que el mayor porcentaje de mujeres refirió una calidad de vida alta o aceptable. Del total de mujeres, 86,4 % refirió sentirse bien tratada por la familia, en contraposición a los hombres donde la cifra fue menor (72,9 %).

Al asociar la autopercepción de los encuestados acerca de su calidad de vida con el trato familiar que perciben, se encontraron los resultados que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3- Relación entre el trato familiar y la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor

Variable		Calidad de vida						Total		p - valor ^a
		Alta		Aceptable		Deficiente				
		n	%	n	n	n	%	n	%	
¿Cómo se siente tratado por su familia?	Bien	122	30,6	141	35,3	59	14,8	322	80,7	0,000
	Regular	3	0,8	11	2,8	44	11,0	58	14,5	
	Mal	1	0,3	3	0,8	15	3,8	19	4,8	
Total		126	31,6	155	38,8	118	29,6	399	100	

^a: Calculado usando la prueba de Chi-cuadrado.

El 78,9 % de los adultos mayores maltratados y 75,9 % de los adultos mayores con trato familiar regular refirieron una calidad de vida deficiente. Solo 18,3 % de los adultos mayores bien tratados refirieron una calidad de vida deficiente, por lo que se observa una asociación

entre el trato familiar y la percepción de la calidad de vida con X^2 de 103,023, relación estadísticamente significativa $p: 0,000$.

A la pregunta de por qué consideraban que no eran bien tratados por sus familiares, 55,8 % aludió que porque no cuentan con el apoyo de ellos, y 51,9 % refirió sentirse abandonado por su familia. Otras respuestas importantes fueron por despreocupación y por motivos económicos.

El 48,3 % de los encuestados (193 AM) refirieron síntomas depresivos. Del total de adultos mayores que refieren que sus familiares los tratan mal o regular ($n = 77$), 62 AM (80,5 %) refirieron sentimientos negativos de tristeza y desesperanza. En la tabla 4 se muestran los resultados de otros parámetros importantes a tener en cuenta en la relación del adulto mayor con su familia.

Tabla 4- Respuesta a diferentes parámetros que exploran la relación/dependencia del adulto mayor con su familia

Autopercepción		Total = 399		Mujeres = 229		Hombres = 170		p - valor ^a
		n	%	n	%	n	%	
Capacidad de atenderse a sí mismo	Sí	314	0,79	193	48,4	121	30,2	0,002
	No	85	0,21	36	9,1	49	12,3	
Capacidad de ser útil en el medio familiar	Sí	326	81,7	201	50,6	125	31,5	0,000
	No	71	17,8	28	7,1	43	10,8	
Solvencia económica	Sí	176	44,1	107	26,8	69	17,3	0,222
	No	223	55,9	122	30,6	101	25,3	
Seguridad	Sí	285	71,4	173	43,4	112	28,1	0,035
	No	114	28,6	56	14,0	58	14,5	
Apoyo familiar	Sí	320	80,2	198	49,7	122	30,7	0,000
	No	78	19,5	31	7,8	47	11,8	

^a: Calculado usando la prueba de Chi-cuadrado.

Las mujeres refirieron mayor capacidad de atenderse a sí mismas, de ser útil a la familia, mayor sentido de seguridad y apoyo familiar. Existen diferencias estadísticamente significativas en estas variables, $p < 0,05$.

En la figura se muestran la relación entre las variables en forma multivariada, la cual fue significativa ($p < 0,001$).

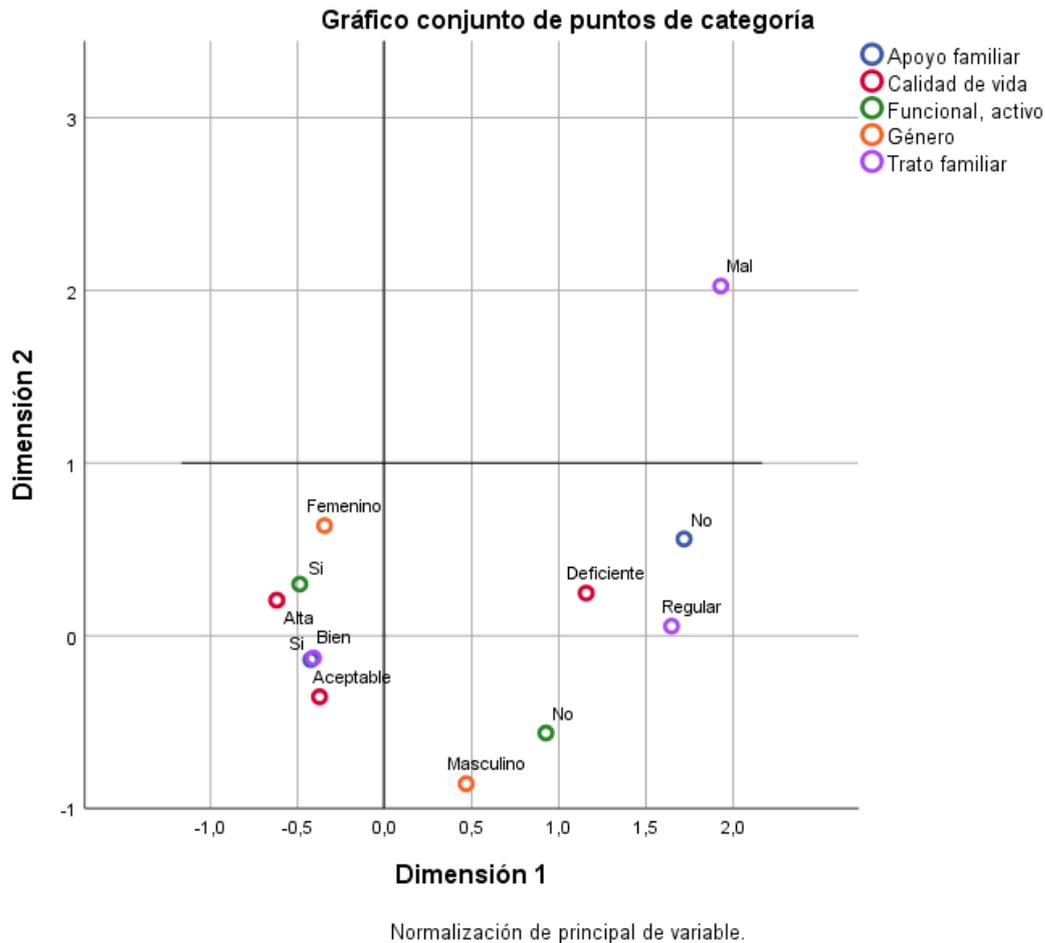


Fig.- Análisis de correspondencia múltiple ($p < 0,05$).

A través del análisis de correspondencias, fue posible verificar que las mujeres AM se asociaron con una calidad de vida alta y aceptable, con sentirse bien tratada por la familia, con mantenerse activa y trabajando, y considerar que cuenta con el apoyo de la familia. Resultados completamente contrarios en el caso de los hombres.

Discusión

La OMS definió la calidad de vida como: “la percepción del individuo de su propia vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.^(13,14,15)

La violencia intrafamiliar puede ser de diferentes tipos: física cuando se usa la fuerza para herir, causar dolor, incapacidad, muerte o para intimidar y obligar al adulto mayor a hacer lo que no desea; psicológica, la cual se da por medio de agresiones verbales o gestuales con

el fin de atemorizar, humillar o aislar al adulto mayor de la convivencia social; financiera, mediante la exploración ilegal o el uso no consentido de recursos económicos del anciano; sexual, cuando se aprovechan del adulto mayor para obtener excitación, relación sexual o prácticas eróticas; negligencia, que consiste en la negativa, omisión o fallo del encargado del cuidado del AM, y abandono, que es la ausencia o deserción del responsable por los cuidados necesarios al adulto mayor.^(2,16,17)

En el presente estudio se encontró que la autopercepción de calidad de vida de la mayoría de los ancianos fue buena y tiene asociación con el apoyo familiar percibido y el trato adecuado de sus familiares. Valdés,⁽¹³⁾ en su estudio en México, encontró una prevalencia de mujeres en la muestra poblacional, de escolaridad primaria y de AM en estado civil casados. Las mujeres refirieron mayor apoyo familiar que los hombres. Otro resultado semejante obtuvo Cardona,⁽⁹⁾ en su estudio en Antioquía, Colombia, donde la calidad de vida fue considerada como mala o regular en el 23,2 % de los pacientes, prevaleciendo el género masculino. Estos resultados son ligeramente superiores en nuestro estudio, con 29,6 %, prevalecieron ligeramente los hombres con calidad de vida deficiente. En ambas investigaciones se observó una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y maltrato ($p = 0,000$).

Agudelo⁽¹⁸⁾ realizó un estudio en Pasto, Colombia, donde constató que 14,6 % de los AM refirieron maltrato, el tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico con 4,7 %, seguido de negligencia con 1,2 %, económico y físico con 0,8 %, respectivamente. En nuestro estudio primó el maltrato por negligencia y abandono.

La negligencia es el acto de incumplimiento de las funciones propias del cuidador y se distinguen dos tipos: la activa y la pasiva. La negligencia activa se produce cuando el familiar o cuidador, por prejuicio o descuido, deja de proporcionar cuidados de forma deliberada e intencionada; la negligencia pasiva, por otra parte, es un descuido involuntario que sucede por ignorancia o desconocimiento. Los que cometen este tipo de maltrato pueden incurrir en el abandono, con lo que se desamparan de manera voluntaria al anciano, generalmente dependiente.⁽¹⁹⁾ La negligencia al descuidar sus necesidades principales, ya sean físicas o psicológicas, la nutrición, vestido y demás cuidados, es considerada maltrato, y suele presentarse tanto por parte de familiares como de cuidadores que se encargan de acompañarlos en sus actividades diarias.⁽⁹⁾ En la población encuestada se constató maltrato familiar por negligencia en los adultos mayores que refirieron una calidad de vida deficiente. En un estudio realizado en Ibarra, Ecuador, se encontró que el 16,4 % de los adultos mayores refirieron malos tratos por parte de su familia ($n = 390$). Un 5,6 % refirió que su familia no

compartía actividades con ellos, y que en el último año los problemas que habían presentado con sus familiares eran fundamentalmente económicos, maltratos verbales, mala comunicación y abandono.⁽²⁰⁾

El adulto mayor en el Ecuador representa 12 % de su población económicamente activa y es un grupo vulnerable.⁽²¹⁾ Reconocer los casos de maltrato al anciano es un desafío, ya que las víctimas pueden ocultar los hechos, por defender a sus familiares, esposos, hijos, y evitar empeorar la situación o por un problema moral.^(17,19)

Existen resultados controversiales en relación a en qué género ocurre más maltrato, si en mujeres o en hombres.⁽¹⁷⁾ En nuestro trabajo, los hombres refirieron un mayor abandono y negligencia por parte de la familia, lo cual pudiera estar relacionado con el hecho de que las féminas se mantenían más activas, y apoyaban a sus familias en las tareas del hogar.

Las personas que sufren abandono por parte de sus familiares en la vejez, cuando tanto necesitan de apoyo, suelen caer en depresión, incluso ideas suicidas; la sensación de soledad y exclusión lleva al decremento de su salud, emociones y calidad de vida.⁽²²⁾

La Constitución de la República del Ecuador (2008) expresa: “la ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección”. En el Art. 38 se especifica el derecho del adulto mayor a la “protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones”.^(20,23)

El personal de salud debe educar y mantener una comunicación continua con el adulto mayor y con la familia en aras de identificar y solucionar problemas reales y potenciales. Es necesario generar estrategias enfocadas en la atención de las personas adultas mayores, profundizando en la mejora de su calidad de vida. En la población encuestada se constató maltrato familiar por negligencia en los adultos mayores que refirieron una calidad de vida deficiente.

En conclusión, la familia posee un importante papel como determinante de la calidad de vida en los adultos mayores. El buen trato, la integración social y familiar, y el apoyo familiar incrementan la vitalidad, el bienestar subjetivo, la salud física y mental, el optimismo y el envejecimiento saludable.

Aporte científico

Los adultos mayores son un grupo vulnerable y existe una tendencia creciente a nivel mundial de discriminación y maltrato hacia este grupo etario. La OMS ha instado a las naciones miembro a adoptar políticas que permitan un envejecimiento saludable. Así surgió

la iniciativa de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), donde se pide aunar esfuerzos por parte de los gobiernos, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicaciones y otros actores, para mejorar la calidad de vida en la tercera edad. Los hallazgos del estudio permiten valorar la calidad de vida, el trato familiar, y prevalencia de maltrato y negligencia por parte de la familia hacia los adultos mayores en la provincia El Oro, lo que subraya la necesidad de realizar actividades de educación en salud y establecer acciones, programas y políticas sociales que puedan mejorar su bienestar y calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Martín Aranda R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Rev. haban cienc méd. 2018 [acceso: 20/02/2021];17(5):813-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es
2. Rodríguez Calvo MD, Gómez Mendoza C, Guevara de León T, Arribas Llopis A, Duarte Duran Y, Ruiz Álvarez P. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. AMC. 2018 [acceso: 20/02/2021];22(2):204-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200010&lng=es
3. Asamblea Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud: Informe de la Secretaría (No. A69/17). Ginebra: OMS; 2016 [acceso: 20/02/2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
4. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Rev Enferm IMSS. 2018 [acceso: 20/02/2021];26(2):83-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80647>
5. Ju YJ, Han KT, Lee TH, Kim W, Kim J, Park EC. ¿La satisfacción de la relación y la ayuda financiera de los hijos influyen en la calidad de vida de los padres mayores? un estudio longitudinal basado en los hallazgos del estudio longitudinal coreano sobre el envejecimiento, 2006-2012. Resultados de vida con calidad de salud. 2016;14(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0509-4>

6. Vargas-Santillán ML, Arana-Gómez B, García-Hernández ML, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*. 2017;17(2):171-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.2.6>
7. Soria Romero Z, Montoya Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*. 2017;23(93):59-93. DOI: <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
8. Universidades, OMS. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2002;37(6):332-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X02748397>
9. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzón Duque MO, Salazar Quintero LM. Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. *Papeles de población*. 2018;24(97):9-42. DOI: <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>.
10. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios AM. Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2012;28(4):630-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400007&lng=es
11. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, Miranda-Posadas C, Peralta-Cerda EG, Durán-Badillo T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018;26(2):83-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80647>
12. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev. méd. Chile*. 2011;139(5):579-86. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003&lng=es
13. Valdez-Huirache MG, Álvarez-Bocanegra C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horiz. Sanitario*. 2018;17(2):113-21. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200113&lng=es

14. L GRUPO WHOQOL. Desarrollo de la Evaluación de la Calidad de Vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud. Medicina psicológica. Cambridge University Press. 1998;28(3):551-8. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
15. Kim HY, Nho JH, Kim JY, Kim SR. Validity and reliability of the Korean version of the world health organization quality of life instrument-older adults module. Geriatric nursing (New York, NY). 2020;(0):1-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700642>
16. Silva-Fhon JR, del Río-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Coelho Fabrici-Webhe SC, Partezani-Rodrigues RA. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña, Perú. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):367-75. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44743>
17. García Rosique RM, Guisado Zamora K, Torres Triana A. Maltrato intrafamiliar hacia el adulto mayor en el del Policlínico Reynold García de Versalles. Rev. Med. Electrón. 2016;38(6):826-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000600004&lng=es
18. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez D, Restrepo-Ochoa DA. Características sociales y familiares asociados al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. CES Psicol. 2019;12(1):32-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.12.1.3>
19. Forero Borda LM, Hoyos Porto S, Buitrago Martínez V, Heredia Ramírez RA. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. Universitas Medica. 2019;60(4):1-16. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt>
20. Ruiz PA, Onofre PQ, Yépez MP, Vinueza JT, Paredes EA. Realidad socio inclusiva del adulto mayor del grupo etario mayor a los 70 años en las parroquias urbanas de Ibarra. Ecos de la academia. 2017;3(05):12-25. Disponible en: <http://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/ecosacademia/article/view/112/103>
21. Constitucional T. Constitución de la República del Ecuador. Quito-Ecuador: Registro Oficial. 2008;449:20-10.
22. Aguayo Díaz J. El adulto mayor, un problema de salud pública o del entorno familiar. RAEI. 2021;1(1):8. Disponible en: <http://revista.obacei.org/index.php/raei/article/view/12>
23. Silva-Fhon JR, Del Río-Suarez AD, Motta-Herrera SN, Fabrici-Webhe SCC, Partezani-Rodrigues RA. Violencia intrafamiliar en el adulto mayor que vive en el distrito de Breña,

Perú. Revista de la Facultad de Medicina. 2015;63(3):367-75. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44743>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Ana María Iraizoz Barrios, Jovanny Santos Luna, Gisela León.

Curación de datos: Ana María Iraizoz Barrios, Viviana García Mir.

Análisis formal: Viviana García Mir.

Investigación: Ana María Iraizoz Barrios, Jovanny Angelina Santos Luna, Viviana García Mir, Gisela León García.

Metodología: Ana María Iraizoz Barrios, Raquel Magali Jaramillo Simbaña.

Administración del proyecto: Jovanny Angelina Santos Luna.

Recursos: Stalin Solorzano Solorzano, Gisela León García.

Software: Viviana García Mir, Raquel Magali Jaramillo Simbaña.

Supervisión: Jovanny Angelina Santos Luna.

Validación: Germán Brito Sosa, Irán Rodríguez Delgado.

Visualización: Ana María Iraizoz Barrios, Germán Brito Sosa, Jovanny Angelina Santos Luna, Viviana García Mir, Gisela León García.

Redacción-borrador: Ana María Iraizoz Barrios.

Redacción-revisión y edición: Germán Brito Sosa, Viviana García Mir.