



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/053.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Conocimiento aplicado: escala ciudadana para el abandono en entornos institucionalizados**

*Autores* Pilar Fernández-Utrilla Miguel,<sup>1</sup> Eva López Manzano,<sup>2</sup> María Carmen Taboada Calero<sup>3</sup>

*Centro/institución* (1) Residencia Juan González. (2,3) Hospital Carlos Haya

*Ciudad/país* Málaga, España

*Dirección e-mail* [pilar.fernandez.miguel@gmail.com](mailto:pilar.fernandez.miguel@gmail.com)

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

España es un país que debido a la localización, clima y costumbres es el lugar donde reside el mayor número de personas mayores de Europa (Alba, 1992). El campo principal del presente estudio será la gerontología. La importancia del mismo se centra en el elevado número de personas a las que afecta, en particular, disponiendo de la mayor población de este segmento en Europa. El estado del bienestar es el ámbito en el cual más impacta este hecho, seguido del económico y el político. Ante este episodio se presentan multitud de cuestiones que deben ser contestadas: ¿A qué responde el concepto de vejez? ¿Cuál ha sido su evolución? ¿Cuál es su estado actual?

Existen en la bibliografía multitud de definiciones para el concepto de vejez y sus sinónimos. Los antecedentes son innumerables, aunque siguen apareciendo lagunas de conocimiento ya que la sociedad evoluciona y tras ella la ciencia que trabaja en conseguir su bienestar. Tras una exhaustiva revisión bibliográfica podemos destacar que distintos investigadores han otorgado distintas visiones del mismo concepto (Gangel, 1991). Entre todas ellas se ha intentado encontrar un punto futuro en común que nos ayude a alcanzar el objetivo del presente estudio centrado en resaltar como el conocimiento del enfermero puede ayudar a los ciudadanos de nuestros días, en concreto a los ancianos. En particular en nuestro país, la Real Academia de la Lengua Española define en su última revisión (Española, 2012):

- **“Viejo:** se dice de la persona de edad. Antiguo o del tiempo pasado. Deslucido, estropeado por el uso.”

- “**Anciano**: dicho de la persona de mucha edad. Cada uno de los miembros del Sanedrín. En los tiempos apostólicos, cada uno de los encargados de gobernar las iglesias. En las órdenes militares, cada uno de los frailes más antiguos de sus respectivos conventos.”
- “**Tercera Edad**: último periodo de la vida. Dicho de la persona de edad madura. Dicho de una persona de muy avanzada madurez.”
- “**Vejez**: cualidad de viejo.”
- “**Envejecer**: hacer viejo a alguien o algo.”
- “**Envejecimiento**: acción y efecto de envejecer.”
- “**Geriatría**: estudio de la vejez y terapia de sus enfermedades.”
- “**Gerontología**: ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan.”

Cualquier término utilizado puede tener connotaciones positivas y negativas. Si utilizamos el sustantivo “viejo”, podremos observar como la sociedad lo identifica con algo negativo, sin uso útil, peyorativo (Antuña, 2001). Por el contrario, existen términos como tercera edad o anciano que reciben un mayor respeto por dicha sociedad. Ante estos últimos nombres, las personas responderán con una consideración diferente y con más respeto. El factor cultural se torna esencial en la comprensión de estas diferencias. Importantes autores han intentado abstraerse de acepciones positivas y negativas: “La vejez puede adoptar multitud de rostros, irreductibles los unos de los otros...” (Beauvoir, 1983), exponiendo así una visión multicultural.

Muchos siglos atrás, en el principio de las sociedades que se podrían definir como civilizadas, la terminología “antiguo, anciano o de tercera edad”, se atribuía a elementos con mucho valor (Alfonso, 1995). Cabe destacar en este punto:

- En lugares como Egipto: la educación y guía eran funciones destinadas a los ancianos que se encargaban así de cuidar a los más jóvenes. (Andina, 2008)

Pasados los años, las distintas sociedades han ido otorgándole cada vez más valor. Ejemplos tenemos en familias extensivas donde se podía observar un “Páter familias” en la antigua Roma (Álvaro y Garrido, 1996). Bajo esta institución habitaban un grupo de personas compartiendo un mismo techo. El filósofo Ortega y Gasset afirma en una de sus publicaciones que “el concepto de edad no es sustancia matemática, sino vital. La edad originariamente no es una fecha; la edad, añade, dentro de la trayectoria vital humana un cierto modo de vivir dentro de nuestra vida total, una vida con su comienzo y su término. Las edades lo son de nuestra vida y no, primariamente, de nuestro organismo, son etapas diferentes en que se segmenta nuestro quehacer vital” (Ortega y Gasset, 1989).

La productividad se vuelve un factor importante dentro de las familias. La situación y el contexto varían apartando a aquellos miembros que no lo son. La tendencia es la de sobreponer la producción bruta sobre el conocimiento estratégico que puede aportar la experiencia (Arquiola, 1995). El hogar pasa a ser unifamiliar, la capacidad de producción sustituye de forma prioritaria al saber y por lo tanto este último pierde posiciones en la escala de prioridades dentro de la familia.

El cambio en los sistemas familiares implantados ha provocado la aparición de entidades que sustituyan aquello que antes se realizaba internamente en la familia. Estos sistemas son conocidos como “sistemas de cobertura familiar” y están centrados no solo en el “modus vivendi”, es decir, la cantidad económica necesaria para comer, sino relacionados con otros elementos como los cuidados, la vivienda o la comida (De dios, 1999). Esto ha sucedido durante los siglos XIX y XX. La nueva función de los ancianos en nuestros días es la de cuidador mientras pueden hacerlo. En otro caso, cuando sufren de alguna dependencia debido a la edad o a alguna enfermedad, las familias los institucionalizan (Bazo, 1990). Los ingresan en algún centro al no tener tiempo ni recursos para hacerse cargo de sus cuidados. Ya no son productivos para la unidad familiar y por lo tanto deben abandonar el lugar conjunto. A principios del siglo XX ya se afirmaba: “La senescencia, al igual que la adolescencia, posee sus propios modos de sentir, de pensar, de querer. Aquí las diferencias individuales son probablemente mayores que en la juventud” (Hall, 1922).

Ante esto hay que advertir que la aparición de este tipo de sistemas no resuelve la problemática existente alrededor del colectivo de la tercera edad (Minois, 1989). El interés existente en el uso de sus funciones de cuidadores hace que la institucionalización se ralentice y se los utilice tanto como sea posible. En cierta medida y utilizando términos financieros, se trata de un activo muy valioso, cuyas funciones cotizan en el mercado a un precio demasiado alto para ser abordadas con los fondos comunes familiares (Craig, 1997).

El objetivo final de este trabajo de investigación es la creación de una escala que nos permita medir la relación existente entre los ancianos y sus familias una vez han sido los primeros ingresados en algún centro. ¿Cuál es el grado de abandono que sufren?

## **Hipótesis**

Un alto porcentaje del número de ancianos que son ingresados en centros geriátricos son abandonados por sus familiares o tutores legales.

## **Objetivos**

### *Objetivo Principal*

Determinar el índice de abandono de los pacientes ingresados en centros o instituciones geriátricas.

### *Objetivos Específicos*

1. Determinar la relación entre la implicación de las familias o tutores legales en relación a los cuidados básicos y el índice de abandono determinado.
2. Dilucidar la influencia de la atención de los familiares a los ancianos en relación a su estado de salud.
3. Evaluar la diferencia existente entre familiares y tutores legales impuestos con respecto al índice de abandono de los pacientes.

## **Metodología**

La metodología utilizada en este trabajo de investigación estará compuesta de una parte de documentación que usará como fuentes trabajos científicos validados. En una segunda parte, se recogerán datos de pacientes institucionalizados para disponer del material necesario para alcanzar los objetivos marcados. Para terminar, se analizará la información recogida con el fin de rebatir la hipótesis de partida de la investigación y ofrecer la discusión apropiada para un tema que sin duda se presenta en la realidad de nuestros días. En resumen, las tres partes implicadas serán: revisión bibliográfica, colección de datos y análisis de la información.

### *Revisión Bibliográfica*

Inicialmente, dicha revisión bibliográfica consistirá en una lectura y análisis en detalle de las principales publicaciones relacionadas con el abandono de ancianos. Los textos serán extraídos de hemerotecas, páginas web especializadas en el área residente en Internet, bibliotecas y repositorios. El documento será el elemento principal a utilizar en esta parte de la investigación. A través de esta parte de la investigación adquiriremos el marco teórico en el cual se va a desarrollar la investigación. Es necesario tener un contexto y unos pilares fundamentales en los que encajar los resultados empíricos que serán recogidos en la siguiente fase. De otra forma, se podría dar la situación en la que se pasan por alto resultados ante una mala clasificación o ausencia de la misma. El número de documentos a analizar se ha superado los cincuenta ejemplares para así contar con una muestra significativa que permita consolidar las bases teóricas necesarias para el resto de la investigación. La investigación será tendrá factores de exploración y descripción. En una primera parte, relacionado con el estado del arte de la materia, mientras que en un punto más avanzado se establecerá un índice con el que se pretende ayudar a la ciudadanía a través de una valoración objetiva que mejore la consideración recibida.

Entrando en el detalle de la primera parte de la investigación, procederemos a exponer cuales han sido los criterios de discriminación de los artículos elegidos. En primer lugar destacaremos las principales fuentes utilizadas: Lilac, Cinhal, Cuiden y Pubmed. En el ámbito temporal el criterio ha sido determinar el año 1995 como el límite inferior del eje de antigüedad. Por último, en referencia a la lengua de publicación, se han seleccionado tanto artículos en inglés como en castellano.

Nos gustaría poner de relevancia el hecho de que estamos trabajando sobre una problemática poco investigada hasta ahora. Esto se deriva del número tan bajo de publicaciones existentes en las fuentes consultadas. Para concluir los parámetros utilizados en la búsqueda, presentamos las palabras claves utilizadas con los distintos motores: centro geriátrico-nursing home, mayores-elderly y abandono-abandon.

Tras esta fase de la investigación, no hemos tenido éxito en la búsqueda de algún tipo de escala referida al índice de abandono de los pacientes institucionalizados con respecto a sus familias o tutores legales. Esto ha confirmado e impulsado nuestra motivación para aportar la creación de dicho índice. Existen elementos paralelos como la Escala DUFSS que se centran en cómo se siente el propio individuo de forma subjetiva. Nuestra propuesta persigue rellenar los vacíos existentes partiendo del respeto a los pacientes y con el ánimo de ayudarlos.

Actualmente no se ha podido encontrar una escala que determine o referencie el índice de abandono a partir de factores objetivos. Existen algunas escalas basadas en variables subjetivas como la DUFSS que se focaliza en el abandono desde la perspectiva del trabajo social (García et al., 2001). Este tipo de elementos de medición radican en la percepción del paciente, de ahí la subjetividad de los resultados. Aunque no ofrecen una gran fiabilidad, sin duda proporcionan al trabajador social una orientación que se enfrenta a un porcentaje de error conocido y por ello con opciones de ser controlado. La propuesta en esta investigación ofrece rellenar el vacío existente hasta ahora en ese ámbito de forma objetiva, siempre desde la prudencia y el trabajo profesional expuesto.

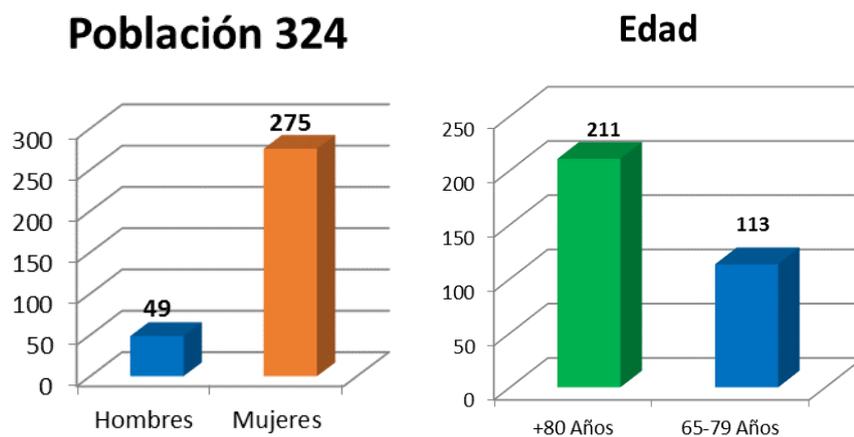
### *Colección de Datos*

En esta segunda fase de la investigación nos centraremos en la recolección de los datos procedentes de los pacientes. Es una actividad complementaria a la fase anterior que se ayuda de esta primera para clasificar los datos recogidos. En el análisis de estos datos se encontrarán las conclusiones que aportarán la novedad científica. El estudio se basa en la observación, la cuantificación y la prospectiva. Es por esto que debemos ser rigurosos con los elementos que componen dicha captura de datos.

Inicialmente se presenta la población objetivo de nuestro proyecto. Se trata de pacientes clasificados como pertenecientes al segmento de la tercera edad. Además, deben ser personas que hayan sido ingresadas en algún centro geriátrico a causa de la imposibilidad de vivir de forma autónoma en sus entornos domiciliarios. Como centro piloto del estudio se ha escogido la residencia Juan González sita en la provincia de Málaga. El período del estudio ha sido de un año, tiempo en el que se ha recogido una muestra representativa de datos.

A continuación, como se observa en la Figura 1, se caracteriza la muestra:

Figura 1. Demografía de la muestra



Seguidamente se expondrán los criterios de inclusión y exclusión:

#### *Exclusión*

- Edad menor de 65 años.
- Paciente ingresado durante cortos períodos de tiempo (1 ó 2 meses).
- El fallecimiento será causa directa de exclusión del estudio.
- El paciente debe estar ingresado con anterioridad al inicio del trabajo de investigación.
- Los sujetos bajo estudio deberán disponer de familia o tutor legal.

#### *Inclusión*

- Pacientes residentes en el centro geriátrico Jaun González de forma permanente voluntaria o involuntariamente.
- Edad igual o mayor a 65 años.
- Personas con familia o tutor legal.

Se procederá a continuación a la exposición de la operativa de recogida de información. El centro de trabajo dispone de una herramienta telemática denominada "LARES". Se trata de un registro informático encargado de facilitar el almacenamiento de todas las incidencias relativas a los pacientes del centro. Ejemplos de ellas son las citas médicas, incidencias en los tratamientos, valores de los análisis, etc. Esta herramienta está a disposición de todos los trabajadores del centro con el fin de aglutinar cuanta más información mejor para la ayuda en la toma de decisiones. Usuarios de esta herramienta son el equipo de psicólogos, la dirección, los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapeutas ocupacionales. El acceso es individual e intransferible bajo la responsabilidad del individuo en cuestión. Este sistema nos ayudará a coleccionar gran parte de los datos que se necesitan.

### **Planificación operativa**

La investigación se ha desarrollado a partir de un plan de trabajo donde se han reflejado las principales áreas de responsabilidad junto con una planificación temporal de la misma. Elementos principales son:

- Horarios de actuación  
Se comprobó que durante las mañanas el personal de atención a los pacientes tenía una mayor disponibilidad para atenderlos, así como que los pacientes en cuestión se encontraban con una mejor predisposición para atender entrevistas.
- Período de desarrollo  
Un año.
- Investigadores  
El equipo de trabajo se ha compuesto de 3 personas. De una parte, dos expertas en el área de salud. Por otro lado, un ingeniero experto en el tratamiento de datos y la estadística.
- Desglose Económico

Se han tenido en cuenta en la Tabla 1, el coste por hora de los investigadores, así como los recursos externos al grupo de investigación tales como, especialistas en otras áreas de conocimiento o el alquiler de un espacio para llevar a cabo entrevistas de confirmación de datos.

Tabla 1. Desglose Económico

Concepto	Coste / Hora	Total
<b>Especialistas en Salud</b>	50€	4.850€
<b>Especialistas en otras áreas</b>	60€	1.100€
<b>Experto estadístico</b>	100€	2.100€
<b>Espacio físico de trabajo</b>	25€	2.600€
<b>TOTAL</b>		<b>10.650€</b>

- **Período de Análisis**

Las principales actividades tales como el análisis y la presentación de las conclusiones se realizarán en el período de un mes. Al no disponer de personal investigador dedicado en exclusiva al proyecto, los promotores del mismo deberemos simultanear estas tareas con nuestra carga laboral por lo que se extenderá a tres meses de desarrollo.

- **Calendario**

A continuación, se puede observar en la Tabla 2 una planificación temporal de la investigación:

Tabla 2. Calendario de actividades de la investigación

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Preparación de Cuestionarios	■											
Reserva de Recursos	■	■										
Selección de la Muestra												
Recolección de los Datos			■	■	■	■	■	■	■	■		
Análisis de Datos										■	■	■
Redacción de Conclusiones												■

## Resultados

La colección de datos arroja unos resultados que nos permiten confirmar la validez de la propuesta de índice que hemos presentado como objetivo para este trabajo de investigación ciudadana. Nuestra propuesta se compone de tres bloques: en primer lugar, el grado de implicación que reciben los pacientes ingresados por parte de sus familias. Este grado se relacionará con factores como el soporte de necesidades básicas, la situación legal de los mismos y su estado de salud. Proporcionando una expresión matemática:

$$\text{Escala de Abandono (EDA) [\%]} = (1 - [A * (\% \text{ Situación Legal}) + B * (\% \text{ Implicación}) + C * (\% \text{ Atención})]) * 100$$

En esta ecuación se utilizan unos coeficientes que ecualizan el peso de los distintos bloques elegidos tras la relevancia recogida de la revisión bibliográfica. Tras el análisis de la literatura encontrada, los agentes más importantes en este tipo de relaciones personales son los familiares, los profesionales relacionados con la salud y, por último, pero no menos importantes, los pacientes. En una primera aproximación del estudio hemos graduado el impacto de forma equivalente para los tres grupos de agentes.

$$A = 0,33 * (\text{Importancia según familia}) + 0,33 * (\text{Importancia según pacientes}) + 0,33 * (\text{Importancia según facultativo}).$$

Las variables de compensación B y C han sido resueltas de la misma forma. La recogida de información sea realizada a través de encuestas con respuestas ajustadas a una escala LIKER 1-5 con el fin de facilitar la contestación de las cuestiones. Los valores se han clasificado de la siguiente forma:

- Muy importante - 1
- Importante – 0,75
- Indiferente – 0,5
- Poco importante – 0,25
- Nada importante – 0

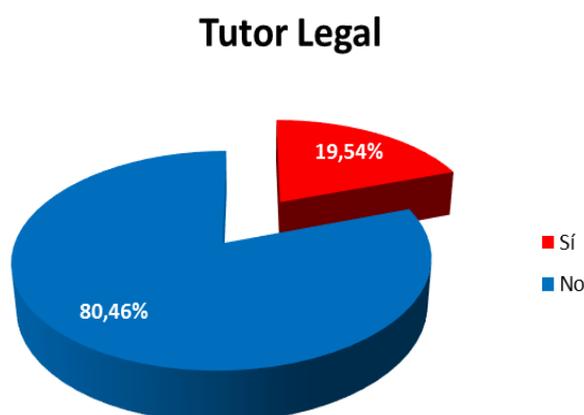
Finalizada la etapa de recogida de información, se mostrarán los principales resultados. Estos nos ayudarán a reflejar una aproximación muy cercana a la realidad que afecta a los pacientes institucionalizados en nuestros centros geriátricos.

- Un gran número de casos encontrados comparten el hecho del desentendimiento de las familias, teniendo estos que acudir a los juzgados para conseguir un tutor legal. En este caso, un magistrado asigna a un tutor legal que sería una persona ajena familiarmente hablando o incluso a un centro social. La burocracia existente hace que tan solo un 19,54% de las personas que lo necesitan. Esto nos lleva a mantener desatendidos a un 80,46% del total. Para este conjunto de personas desatendidas, sus familias no están exentas de responsabilidad, pero por el contrario tampoco se le obliga al cuidado diario. El valor de A en este caso ha resultado de 0,43. Los valores asignados para medir el impacto se reflejan en la Tabla 3. A continuación de la misma, podemos observar los resultados del análisis de la información recogida en la Figura 2.

Tabla 3. Impacto sobre el abandono en relación a la tutoría legal.

Situación Legal	Valores
Tutor legal NO	0
Tutor legal SI	1

Figura 2. Pacientes con tutoría legal

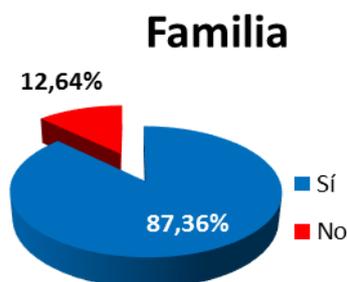


- El impacto de la atención familiar sobre las necesidades básicas de los pacientes nos muestra como el 12,64% no se preocupa de atender a sus familiares una vez han sido ingresados en un centro geriátrico. Nos estamos refiriendo a un cuidado básico centrado en la aportación económica necesaria, la compra de la ropa, necesidades higiénicas y acompañamiento. Además, también se ha considerado como cuidados básicos otros como el corte de pelo, aseo o medicación no prescrita por el servicio público de salud. El valor del modulador B en este caso es de 0,92 tras unir las opiniones de los tres grupos. Los valores asignados para medir el impacto se reflejan en la Tabla 4. A continuación de la misma en la Figura 3, podemos observar los resultados del análisis de la información recogida.

Tabla 4. Valores asignados al impacto de la atención familiar sobre las necesidades básicas

Acciones	Valores
Aportación económica	0,25
Cuidado de Ropa	0,5
Necesidades de Higiene	0,75
Acompañamiento	1

Figura 3. Impacto de la atención familiar a las necesidades básicas sobre el abandono

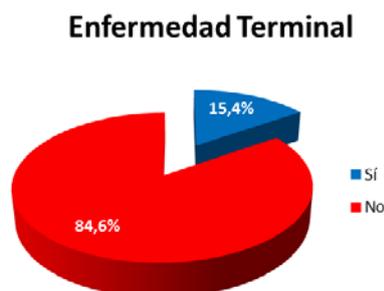


- El estado de salud del paciente en particular, por desgracia, es un factor muy relevante a la hora de abandonar o no a una persona en un centro institucionalizado. Tras el análisis de los resultados se puede ver como solo un 15,4% son atendidos por sus familiares o tutores legales. Esto arroja una cifra de falta de atención, que, aunque es obvia, nos gustaría resaltar: 84,6%. Los motivos del abandono pueden ser psicológicos o por incapacidad para continuar proveyéndoles de los cuidados que necesitan. Esta desatención se traduce en la reducción del número de visitas, llegando a la ausencia, y con ello cualquier tipo de contacto con ellos. El valor del modulador C en este caso es de 0,74 al sumar las opiniones de los tres grupos de implicados. Los valores asignados para medir el impacto se reflejan en la Tabla 5. A continuación de la misma en la Figura 4, podemos observar los resultados del análisis de la información recogida.

Tabla 5. Impacto del estado de salud sobre la escala de abandono

Estado de Salud	Valores
Sano	0
Enfermo	0,5
Terminal	1

Figura 4. % de pacientes abandonados en situación de salud terminal



Todo esto para definir la Escala de Abandono (EDA), alcanzando así el objetivo principal. La relación con cada uno de los componentes propuestos nos permitirá conseguir los objetivos específicos.

### **Discusión / Conclusiones**

La discusión que se presenta al final del presente estudio de investigación para mostrar como el esfuerzo de la enfermería puede ayudar a la ciudadanía, reflejará la validez de la escala creada. Dicha herramienta de medición nos ayudará a determinar de forma objetiva el nivel de relación entre los pacientes institucionalizados y sus familiares o tutores legales.

Hace bastantes años que se escribió que “la vez puede adoptar multitud de rostros...” (Beauvoir, 1983). En nuestro tiempo se clasificará a una persona dentro del grupo humano denominado como “viejo” a aquella que une dos condiciones elementales: un estado de salud que alcanza unos niveles considerables de deterioro y una ausencia de productividad para la unidad familiar, tanto en el ámbito laboral, económico o de funciones en el hogar (Laforest, 1991). Esto conduce a un ingreso en un centro institucionalizado y con él y un poco más de tiempo, al abandono progresivo según los resultados obtenidos.

De otra parte, aparece una nueva “Familia”. La “familia” sanguínea queda reemplazada de forma progresiva por los miembros institucionalizados en los centros junto con el personal que los cuidan en su día a día. Una antigua expresión (Hall, 1922) confirma que existen mayores diferencias individuales en edades avanzadas que en la juventud en lo que al mantenimiento de las relaciones personales se refiere. Esto abre una discusión importante alrededor de cómo aumentar el grado de entendimiento de las personas de edad avanzada con sus familias. Se trata de una realidad que supone un problema que ha de ser resuelto. Una propuesta formativa sin duda ayudaría a poder tratar algo que por desconocimiento se deja de lado.

Un elemento a destacar en esta discusión es que las personas mayores tienen una utilidad muy relevante en estos tiempos. No solo son una fuente de ingresos para la unidad familiar, sino que además cubren necesidades operativas de la misma en relación a la operativa del día a día: cuidado de niños y cocina y alimentación familiar principalmente. En el caso de aquellos que se encuentran ingresados en centros, su utilidad se focaliza en ser un recurso económico más que importante para asegurar la sostenibilidad familiar. Esta afirmación ya se mantenía hace décadas (Craig, 1977), por lo que se observa que los pilares fundamentales de la discusión se mantienen intactos. El objetivo del presente estudio es crear una base científica que respalde estas afirmaciones para poder actuar sobre ellas.

Para finalizar, no se puede olvidar que más de un 80% de los pacientes institucionalizados pierden la conciencia de su familia, olvidándola de forma progresiva y sustituyéndola por ese nuevo conjunto de personas con el que conviven en su día a día.

## **Bibliografía**

- Alba, V. (1992). *Historia Social de la vejez*. Barcelona: Laertes.
- Alfonso, A. (1995). *Envejecer bien: un estímulo ético y teológico*. Barcelona: Herder.
- Alvaro, J., y Garrido, A. (1996). *Psicología social aplicada*. Madrid: McGraw Hill.
- Andina, L. (10 de Marzo de 2008). *Adultos Mayores*. Obtenido de [http://geriatriaclinica.com.ar/art/art\\_rst.php?recordID=2008030000000104](http://geriatriaclinica.com.ar/art/art_rst.php?recordID=2008030000000104)
- Antuña, L. C. (2001). *La vejez: una etapa del desarrollo humano*. Madrid: Web. Obtenido de <http://www.geragogia.net/editoriali/vejez.html>
- Arquiola, E. (1995). *La vejez a debate. Análisis histórico de la situación socio-sanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid: CSIC.
- Bazo, M. T. (1990). *La sociedad anciana. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas y siglo XXI*.
- Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México D.F.: Pearson Educación.
- De dios, M. T. (1999). *Orientación, longevidad y calidad de vida*. Madrid: Web. Obtenido de <http://www.geocities.com/CollegePark/Den/8472/Longebidad.html>
- Española, R. A. (2012). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*.
- Gangel, L. (1991). *Historia de la vejez*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- García, M., Toronjo, A., y Rodríguez, C. (2001). *Enfermería del anciano*. En *Difusión avances de enfermería* (págs. 33-40). Madrid.
- Hall, G. S. (1922). *Senescence, the last half of life*. New York: D. Appleton and Company.
- Laforest, L. (1991). *Introducción a la Gerontología. El arte de Envejecer*. Barcelona: Herder.
- Minois, G. (1989). *Historia de la vejez*. Madrid: Nerea.
- Ortega y Gasset, J. (1989). *Una interpretación de la historia universal*. Madrid: Alianza.