


Calidad de vida y factores asociados en personas mayores institucionalizadas: implicaciones para la enfermería gerontológica. Estudio Analítico

Research Article

 Open access



Quality of life and associated factors in institutionalized older adults: implications for gerontological nursing. Analytical study

Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados: implicações para a enfermagem gerontológica. Estudo analítico

Como citar este artículo:

Torres Contreras Claudia Consuelo, Vargas Romero Albeiro. Calidad de vida y factores asociados en personas mayores institucionalizadas: implicaciones para la enfermería gerontológica. Estudio Analítico. Revista Cuidarte. 2025;16(3):e5800. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5800>

Highlights

- La participación en actividades físicas y productivas se relacionó con una mejor calidad de vida en las personas mayores institucionalizadas.
- Las limitaciones cognitivas y motoras se asociaron con menor índice de calidad de vida.
- Los mejores puntajes se concentraron en las dimensiones de derechos e inclusión social, reflejando fortalezas del contexto institucional en estas áreas.
- Los resultados refuerzan la importancia de la funcionalidad física y cognitiva como pilares del bienestar integral y del cuidado gerontológico en enfermería.

Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2025; 16(3): e5800

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.5800>



E-ISSN: 2346-3414

 Claudia Consuelo Torres Contreras¹

 Albeiro Vargas Romero²

1. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Bucaramanga, Colombia. E-mail: claudiaconsuelo@yahoo.com
2. Fundación Albeiro Vargas Y Ángeles Custodios, Bucaramanga, Colombia. E-mail: albeirovargas@yahoo.com

Resumen

Introducción: El envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas exigen fortalecer estrategias que promuevan el bienestar de las personas mayores institucionalizadas. La escala FUMAT permite evaluar la calidad de vida a partir de ocho dimensiones del bienestar. **Objetivo:** Analizar los factores asociados al perfil de calidad de vida en personas mayores institucionalizadas. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal analítico con 250 residentes permanentes (≥ 3 meses) de un centro gerontológico en Bucaramanga, Colombia. Se incluyeron personas de 60 años o más con informante confiable; se excluyeron quienes presentaron enfermedad terminal, trastornos psiquiátricos agudos o inestabilidad clínica. Se aplicaron la escala FUMAT, el índice de Barthel, el *PULSES profile*, la escala FRAIL, el índice de riesgo de caída Downton y el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ). Se realizaron análisis descriptivos y bivariados mediante las pruebas chi-cuadrado de Pearson, exacta de Fisher y U de Mann-Whitney. Para el análisis multivariado se utilizó regresión logística binaria. Los datos fueron procesados en Stata v17. **Resultados:** Las dimensiones con menores puntajes fueron bienestar material y relaciones interpersonales, mientras que derechos e inclusión social obtuvieron los valores más altos. La actividad física y la participación productiva se asociaron con mejores puntajes del Índice de Calidad de Vida FUMAT (ICV-FUMAT). En el modelo multivariado, la discapacidad cognitiva (OR=0.34; IC95%: 0.12–0.91) y la discapacidad motora (OR=0.30; IC95%: 0.14–0.64) redujeron significativamente la probabilidad de pertenecer al tercil superior del índice; la actividad física y productiva mostró tendencia positiva sin significancia. **Discusión:** Los hallazgos evidencian que la funcionalidad y la integridad cognitiva son determinantes del bienestar en personas mayores institucionalizadas. Las bajas puntuaciones en bienestar material y relaciones sugieren carencias en recursos y apoyo social que requieren intervención institucional. La relación entre actividad y bienestar respalda programas de envejecimiento activo. **Conclusión:** Fomentar autonomía, estimulación cognitiva e integración social es esencial para mejorar la calidad de vida.

Palabras Clave: Calidad de Vida; Persona Mayor; Institucionalización; Enfermería Geriátrica, Actividad Física.

Recibido: 22 de octubre de 2025

Aceptado: 5 de diciembre de 2025

Publicado: 19 de diciembre de 2025

 *Correspondencia

Claudia Consuelo Torres Contreras
E-mail: claudiaconsuelo@yahoo.com

Quality of life and associated factors in institutionalized older adults: implications for gerontological nursing. Analytical study

Abstract

Introduction: Population aging and the rise in chronic diseases demand strengthening strategies to promote the well-being of institutionalized older adults. The FUMAT scale enables the assessment of quality of life across eight dimensions of well-being. **Objective:** To analyze the factors associated with the quality-of-life profile of institutionalized older adults. **Material and Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted with 250 permanent residents (≥ 3 months) of a nursing home in Bucaramanga, Colombia. Individuals aged 60 years or older with a reliable informant were included; those with terminal illness, acute psychiatric disorders, or clinical instability were excluded. The FUMAT scale, Barthel Index, PULSES profile, FRAIL scale, Downton Fall Risk Index, and the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) were applied. Descriptive and bivariate analyses were performed using Pearson's chi-square test, Fisher's exact test, and the Mann-Whitney U test. Multivariate analysis was conducted using binary logistic regression. Data were processed using Stata v17. **Results:** The lowest-scoring dimensions were material well-being and interpersonal relationships, whereas rights and social inclusion achieved the highest scores. Physical activity and participation in productive activities were associated with better scores on the FUMAT Quality-of-Life Index (FUMAT-QOLI). In the multivariate model, cognitive impairment (OR=0.34; 95% CI: 0.12–0.91) and motor impairment (OR=0.30; 95% CI: 0.14–0.64) significantly reduced the likelihood of belonging to the highest FUMAT-QOLI tertile; physical and productive activities showed a positive but non-significant trend. **Discussion:** The findings indicate that functional capacity and cognitive integrity are key determinants of well-being among institutionalized older adults. Low scores in material well-being and interpersonal relations suggest resource and social support limitations, requiring institutional intervention. The association between activity and well-being supports the implementation of active aging programs. **Conclusion:** Promoting autonomy, cognitive stimulation, and social integration is essential to improve quality of life

Keywords: Quality of Life; Aged; Institutionalization; Geriatric Nursing; Physical Activity.

Qualidade de vida e fatores associados em idosos institucionalizados: implicações para a enfermagem gerontológica. Estudo analítico

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas exigem estratégias que promovam o bem-estar de idosos institucionalizados. A Escala FUMAT permite avaliar de forma abrangente a qualidade de vida a partir de oito dimensões do bem-estar. **Objetivo:** Analisar os fatores associados ao perfil de qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal analítico realizado com 250 residentes permanentes (≥ 3 meses) de um centro gerontológico em Bucaramanga, Colômbia. Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais e com informante confiável; excluíram-se aqueles com doença terminal, transtornos psiquiátricos agudos ou instabilidade clínica. Foram aplicados os instrumentos: Escala FUMAT, Índice de Barthel, PULSES profile, escala FRAIL, Índice de Downton e *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ). Realizaram-se análises descritivas e bivariadas utilizando os testes Qui-quadrado, Fisher e Mann-Whitney. A análise multivariada foi conduzida por regressão logística binária. Os dados foram processados no Stata v17. **Resultados:** As dimensões com menores escores foram bem-estar material e relações interpessoais, enquanto direitos e inclusão social apresentaram os valores mais altos. A prática de atividade física e a participação em atividades produtivas associaram-se a melhores escores do Índice de Qualidade de Vida FUMAT (IQV-FUMAT). No modelo multivariado, a deficiência cognitiva (OR=0.34; IC95%: 0.12–0.91) e a deficiência motora (OR=0.30; IC95%: 0.14–0.64) reduziram significativamente a probabilidade de pertencer ao tercil superior do IQV-FUMAT; atividades físicas e produtivas mostraram tendência positiva, porém sem significância estatística. **Discussão:** Os achados indicam que a capacidade funcional e a integridade cognitiva são determinantes centrais do bem-estar de idosos institucionalizados. Baixos escores em bem-estar material e relações interpessoais revelam limitações de recursos e apoio social que requerem intervenção institucional. A associação entre atividade e bem-estar reforça o valor dos programas de envelhecimento ativo. **Conclusão:** Promover autonomia, estimulação cognitiva e integração social é essencial para melhorar a qualidade de vida

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; Idoso; Institucionalização; Enfermagem Geriátrica; Atividade Física.

Introducción

El aumento en la esperanza de vida y la reducción de la natalidad han provocado una inversión en la pirámide poblacional¹. En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE reportó una reducción del 14,6% en los nacimientos², mientras que las proyecciones de la OMS indican un crecimiento sostenido del envejecimiento poblacional tanto a nivel global como en los países latinoamericanos³. Este fenómeno exige que la atención a las personas mayores no solo se enfoque en prolongar la vida, sino en asegurar que esta se desarrolle en condiciones óptimas. El aumento de enfermedades crónicas y la demanda creciente de servicios especializados han reforzado el papel de la enfermería como eje fundamental para promover un envejecimiento activo y digno⁴. Desde este enfoque, el estudio y la implementación de estrategias orientadas a mejorar la calidad de vida se convierten en una prioridad, considerando dimensiones como bienestar físico y emocional, relaciones interpersonales, autodeterminación, desarrollo personal e inclusión social^{5,6}.

A nivel mundial, la inversión de la pirámide poblacional avanza rápidamente, especialmente en los países en desarrollo, lo que ha dado lugar a comunidades envejecidas⁷. Este proceso, junto con los cambios fisiológicos asociados a la edad, incrementa el riesgo de caídas, deterioro funcional y mayor mortalidad, afectando la calidad de vida, en especial entre personas institucionalizadas. Comprender estos factores resulta esencial para que la enfermería diseñe intervenciones que promuevan autonomía, participación social e integridad funcional y cognitiva⁸⁻¹⁰.

La calidad de vida en la vejez constituye un concepto multidimensional influido por factores socioeconómicos, estilos de vida, salud, vivienda y apoyo social¹¹. En Colombia, el envejecimiento poblacional avanza aceleradamente: el porcentaje de persona mayores pasó del 6,9 % en 1985 al 13,8 % en 2020, con proyecciones superiores al 16 % para 2030. A ello se suma la vulnerabilidad económica: solo el 23 % recibe pensión, el 5 % cotiza activamente y el 70 % no realiza aportes, lo que contribuye al riesgo de institucionalización y abandono¹².

Estudios nacionales muestran que el apoyo social y la capacidad funcional son factores determinantes en la calidad de vida de personas mayores¹³, los cuales deben comprenderse en conjunto con aspectos ambientales, culturales, de acceso a servicios, satisfacción personal y actividades recreativas¹⁴. En este contexto, los cuidadores requieren formación basada en evidencia para fortalecer el bienestar físico y emocional de las personas mayores¹⁵, mientras que, la planificación del cuidado debe incorporar estrategias para promover funcionalidad física, cognitiva y participación social¹⁶.

Desde un abordaje interdisciplinario, la enfermería ocupa un lugar estratégico en la valoración integral y la detección temprana de riesgos en personas institucionalizadas¹⁷. Además de la atención directa, los profesionales deben incidir en políticas públicas orientadas a reducir desigualdades, garantizar acceso a servicios y promover inclusión social¹⁸.

Para la evaluación de la calidad de vida en instituciones gerontológicas, la Escala FUMAT se ha consolidado como herramienta central. Basada en el modelo de Schalock y Verdugo, evalúa ocho dimensiones fundamentales: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, desarrollo personal, relaciones interpersonales, inclusión social y derechos⁶. Sus excelentes propiedades psicométricas han permitido su uso en múltiples estudios, incluido uno en Cúcuta, Colombia, orientado a caracterizar perfiles de calidad de vida¹⁹. La escala facilita la planificación de cuidados personalizados, el seguimiento integral del bienestar físico, psicológico y social, y la identificación de áreas de vulnerabilidad²⁰⁻²³. No obstante, persiste la necesidad de generar evidencia contextualizada que refleje las realidades socioculturales de los entornos institucionales.

En respuesta a ello, el presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores asociados al perfil de calidad de vida en personas mayores institucionalizadas, contribuyendo al diseño de estrategias de cuidado integral, ético y humanizado.

Materiales y Métodos

Diseño

Se desarrolló un estudio transversal y analítico con personas mayores institucionalizadas en un centro gerontológico del norte de Bucaramanga durante 2024. La población estuvo conformada por usuarios de la Fundación Albeiro Vargas y Ángeles Custodios, que atiende aproximadamente a 300 personas de nivel socioeconómico bajo. El tamaño de muestra ($n=250$) se determinó mediante Epidat 3.1, utilizando como referencia la variabilidad del bienestar físico reportada en un estudio español (media 44.52 ± 22.55)²⁴, con error alfa 0.03 y beta 0.80. Adicionalmente, se consideró la prevalencia de excelente calidad de vida del 62.04 % reportada por Morales et al. en Ecuador²⁵ resultando en un error alfa de 0.024 y beta de 0.80.

El muestreo fue por conveniencia. Se incluyeron personas ≥ 60 años, residentes permanentes por ≥ 3 meses y con informante confiable. Se excluyeron sujetos con enfermedad terminal, trastornos psiquiátricos agudos o inestabilidad clínica. La investigadora principal realizó la recolección tras un periodo previo de observación de tres meses. La recolección de datos fue realizada por la investigadora principal, enfermera en formación postdoctoral, tras un periodo previo de tres meses de interacción y observación en el centro gerontológico, lo que permitió comprender la dinámica social y funcional de los participantes. La escala FUMAT se aplicó con el apoyo de gerontólogos y cuidadores, quienes actuaron como informantes clave para garantizar la validez y fiabilidad de las respuestas. Los demás instrumentos fueron administrados directamente por la investigadora, siguiendo procedimientos estandarizados. Esta estrategia metodológica garantizó objetividad, consistencia y precisión, reflejando de manera fidedigna las condiciones reales de las personas mayores institucionalizadas.

Instrumentos

La Escala FUMAT es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida de personas mayores, incluso con discapacidad física grave o deterioro cognitivo, basado en el modelo de Schalock y Verdugo⁴. Presenta alta validez de contenido y consistencia interna ($\alpha=0.95$) y adecuada fiabilidad ($r=0.90$). Su aplicación, dirigida a profesionales que conocen al usuario, no requiere participación directa del evaluado y se fundamenta en conductas observables. Consta de 57 ítems en tercera persona, con cuatro opciones de respuesta, y evalúa ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos^{6,26}. La escala permite obtener un perfil individual mediante puntajes estandarizados comparables entre dimensiones, así como un índice global y un percentil que reflejan el nivel de calidad de vida, donde mayores valores indican mejor bienestar.

Adicionalmente, se emplearon instrumentos de valoración funcional ampliamente utilizados en la práctica de enfermería:

El índice de Barthel es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la independencia en actividades básicas de la vida diaria en personas con deterioro funcional, especialmente personas mayores. Ha demostrado alta fiabilidad y validez en diversos estudios, con consistencia interna superior a 0.85. Evalúa diez actividades básicas y asigna puntajes de 0 a 100, donde valores más bajos indican mayor dependencia: 0–20 (dependencia total), 21–60 (severa), 61–90 (moderada), 91–99 (leve) y 100

(independencia). Esta escala permite identificar el nivel de funcionalidad, orientar planes de cuidado y valorar la efectividad de intervenciones dirigidas a mantener o recuperar la autonomía²⁷⁻²⁹.

El perfil PULSES evalúa la discapacidad y el estado funcional en distintos contextos clínicos, incluidos rehabilitación y cuidado de personas mayores. Analiza seis dimensiones: condición física, función de miembros superiores e inferiores, estabilidad sensorial, capacidad de eliminación y apoyo social/situacional. Ha mostrado alta confiabilidad interobservador ($r > 0.80$) y buena consistencia interna ($\alpha=0.75-0.90$). Cada dimensión se puntúa de 1 (independencia) a 4 (dependencia severa), con un total de 6 a 24 puntos, donde valores menores indican mejor funcionalidad. Su puntuación global permite clasificar la discapacidad, orientar decisiones clínicas, priorizar intervenciones y monitorear la evolución funcional, siendo una herramienta ampliamente utilizada para planificar cuidados centrados en la autonomía³⁰⁻³².

La escala FRAIL identifica la fragilidad en personas mayores y permite predecir riesgos como discapacidad, hospitalización y mortalidad. Evalúa cinco dimensiones: fatiga, resistencia, ambulación, enfermedades y pérdida de peso. Cada ítem se puntúa con 0 o 1, para un total de 0 a 5 puntos, clasificando al individuo como robusto (0), pre-frágil (1-2) o frágil (3-5). Ha sido validada en diversas poblaciones geriátricas y entornos clínicos, demostrando alta sensibilidad, especificidad y reproducibilidad Inter observador³³⁻³⁵.

El índice de riesgo de caídas de Downton evalúa el riesgo de caídas en personas mayores mediante cinco ítems: caídas previas, uso de medicación, déficits sensoriales, estado mental y movilidad. Cada ítem se puntúa con 0 o 1, con un máximo de 5 puntos; valores ≥ 3 indican alto riesgo. Ha demostrado buena sensibilidad y especificidad en la detección del riesgo de caídas en población geriátrica, aunque con alta sensibilidad y baja especificidad en su aplicación clínica³⁶⁻³⁸.

La Escala SPMSQ de Pfeiffer es un instrumento breve para detectar deterioro cognitivo en personas mayores, evaluando orientación, memoria, cálculo y conocimientos generales mediante diez ítems de rápida aplicación. Presenta buena fiabilidad Inter observador (0.73) e intraobservador (0.93), lo que confirma su consistencia. Cada respuesta incorrecta se contabiliza como un error, clasificando el deterioro cognitivo según el total: 0-2 errores (normal), 3-4 (leve), 5-7 (moderado) y 8-10 (grave)³⁹⁻⁴¹.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables según su naturaleza. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas, mientras que para las variables cuantitativas se reportaron medianas y rangos intercuartílicos. La evaluación de los supuestos de distribución se llevó a cabo mediante la prueba de Shapiro-Francia. Se elaboraron gráficos de cajas y bigotes para representar los percentiles de las dimensiones del Índice de Calidad de Vida FUMAT (ICV-FUMAT).

La variable de desenlace, el Índice de Calidad de Vida FUMAT, se categorizó en terciles; el primer y segundo tercil se agruparon y se compararon con el tercer tercil, lo que dio lugar a la creación de una variable nominal dicotómica. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizaron la prueba de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, y para las variables cuantitativas se aplicó la prueba U de Mann-Whitney.

El análisis de correlación se realizó mediante el coeficiente rho de Spearman, y se construyó una matriz de correlaciones para examinar la relación entre la edad y los puntajes del ICV-FUMAT, el índice de Barthel, el PULSES profile, la escala FRAIL, el índice de riesgo de caídas de Downton y el cuestionario SPMSQ.

Para identificar factores asociados al tercil superior del ICV, se aplicó regresión logística multivariada siguiendo los pasos de Hosmer y Lemeshow⁴², incluyendo variables con $p < 0.05$ en el análisis bivariado y la edad por su relevancia clínica. El ajuste del modelo se evaluó con la Prueba de Hosmer-Lemeshow. Los análisis se realizaron con Stata v17 y, en cumplimiento de lineamientos de ciencia abierta, los datos fueron depositados en Mendeley Data⁴³.

Consideraciones éticas

La investigación garantizó el cumplimiento de los principios de confidencialidad y protección de datos, asegurando que los participantes fueran el centro de resguardo ético. La información se recopiló únicamente tras consentimiento informado libre y voluntario, y fue almacenada en archivos protegidos bajo custodia del investigador principal, preservando la intimidad y privacidad. Los datos obtenidos mediante instrumentos, técnicas y entrevistas fueron utilizados exclusivamente para los fines del estudio. El centro gerontológico proporcionó espacios adecuados que garantizaron privacidad, confidencialidad y el cumplimiento de normas de bioseguridad. Se salvaguardaron los derechos de los participantes conforme a la normativa nacional e internacional, asegurando que ni el personal asistencial ni los servicios ofrecidos se vieran afectados durante el proceso investigativo. El estudio contó con aval del comité de bioética, Acta No. 007 del 17 de abril de 2023.

Resultados

De los 250 participantes, el 63,60 % ($n=159$) correspondió al sexo femenino y el 36,40 % ($n=91$) al masculino, con una mediana de edad de 77,6 años (RI: 70,23–84). En la [Tabla 1](#) se presenta la comparación entre los participantes ubicados en los dos primeros terciles de puntaje del Índice de Calidad de Vida (ICV-FUMAT) y aquellos del tercer tercil (mayores puntajes). Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la edad: los participantes de los terciles 1 y 2 mostraron una mediana de 79,84 años (RI: 72,38–84,95), mientras que en el tercer tercil la mediana fue de 73,65 años (RI: 67,86–79,23) ($p < 0,001$), evidenciando una mejor calidad de vida en los grupos de menor edad.

En cuanto al nivel educativo, se observó que los participantes con ningún nivel educativo o solo primaria se concentraron principalmente en el tercer tercil, mientras que aquellos con secundaria o educación profesional tuvieron mayor representación en los terciles 1 y 2, lo cual sugiere una relación entre la escolaridad y la autopercepción del bienestar.

Respecto a los antecedentes personales, se hallaron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los participantes con enfermedades psiquiátricas, degenerativas y respiratorias, así como en quienes reportaron el uso de tranquilizantes o antidepresivos. De igual forma, las personas con discapacidad mental, cognitiva, motora o múltiple presentaron una menor proporción en el grupo con los mejores puntajes del ICV-FUMAT. Por el contrario, aquellos que refirieron realizar actividad física regularmente y participar en actividades productivas se concentraron en el tercer tercil, lo que refuerza la relación positiva entre el envejecimiento activo y la percepción de una mejor calidad de vida.

Tabla 1. Comparación de terciles FUMAT con características de los participantes

Características	Total % (#) (250)	Percentil ICV FUMAT		Valor p
		Tercil 1/2 bajo nivel 7-76 (171)	Tercil 3 alto nivel 77-93 (79)	
Sexo				0,573
Femenino	63,60 (159)	64,91 (111)	60,76 (48)	
Masculino	36,40 (91)	35,09 (60)	39,24 (31)	
Edad. Mediana [RI]	77,60 [70,23 ; 84,00]	79,84 [72,38; 84,95]	73,65 [67,86; 79,23]	<0,001
Estado civil				0,852
Casado(a)/Unión Libre	25,15 (43)	25,15 (43)	24,05 (19)	
Soltero(a) /Divorciado(a) / Viudo(a)	74,85 (128)	74,85 (128)	75,95 (60)	
Nivel educativo				0,002
Ninguno	25,60 (64)	22,22 (38)	32,91 (26)	
Primaria	55,20 (138)	52,63 (90)	60,76 (48)	
Secundaria	8,80 (22)	11,11 (19)	3,80 (3)	
Profesional	3,60 (9)	4,09 (7)	2,53 (2)	
NS /NR	6,80 (17)	9,94 (17)	0	
EAPB				0,704
Subsidiado	80,80 (202)	80,70 (138)	81,01 (64)	
Contributivo	17,60 (44)	18,13 (31)	16,46 (13)	
Otro	1,60 (4)	1,17 (2)	2,53 (2)	
Antecedentes Personales				
Cardiovascular	63,60 (159)	63,74 (109)	63,29 (50)	1,000
Metabólica	28,00 (70)	25,15 (43)	34,18 (27)	0,172
Psiquiatría	38,40 (96)	47,37 (81)	18,99 (15)	<0,001
Degenerativa	35,20 (88)	42,11 (72)	20,25 (16)	0,001
Respiratoria	16,40 (41)	21,05 (36)	6,33 (5)	0,003
Neoplasia	4,80 (12)	6,43 (11)	1,27 (1)	0,110
Medicamentos				
Diuréticos	19,20 (48)	19,88 (34)	17,72 (14)	0,687
Tranquilizantes	32,80 (82)	42,11 (72)	12,66 (10)	<0,001
Antiparinsonianos	6,00 (15)	7,02 (12)	3,80 (3)	0,401
Antidepresivos	27,60 (69)	36,26 (62)	8,86 (7)	<0,001
Anhipertensivos	56,40 (141)	55,56 (95)	58,23 (46)	0,692
Discapacidad				
Visual	54,00 (135)	54,97 (94)	51,90 (41)	0,650
Auditiva	27,20 (68)	29,82 (51)	21,52 (17)	0,170
Mental	34,80 (87)	45,03 (77)	12,66 (10)	<0,001
Cognitiva	35,20 (88)	46,78 (80)	10,13 (8)	<0,001
Motora	36,40 (91)	46,20 (79)	15,19 (12)	<0,001
Múltiple	39,20 (98)	52,05 (89)	11,39 (9)	<0,001
Actividad física	52,80 (132)	43,86 (75)	72,15 (57)	<0,001
Actividad productiva	54,00 (135)	43,86 (75)	75,95 (60)	<0,001

Valor p: Prueba Chi-cuadrado de Pearson y Exacta de Fisher para variables cualitativas. Prueba U de Mann-Whitney para la variable edad.

Las medianas de los percentiles de las dimensiones del ICV FUMAT se pueden visualizar en la [figura 1](#). Las dimensiones con menores puntajes fueron Bienestar material con 16(RI: 5; 37), seguido por relaciones interpersonales con 37(RI: 19; 63); mientras que las de mejores puntajes fueron la dimensión de derechos con 84(RI: 63; 84) e Inclusión Social con 75(RI: 63; 84). A nivel global el ICV FUMAT con mediana de 65.5(RI: 40; 79).

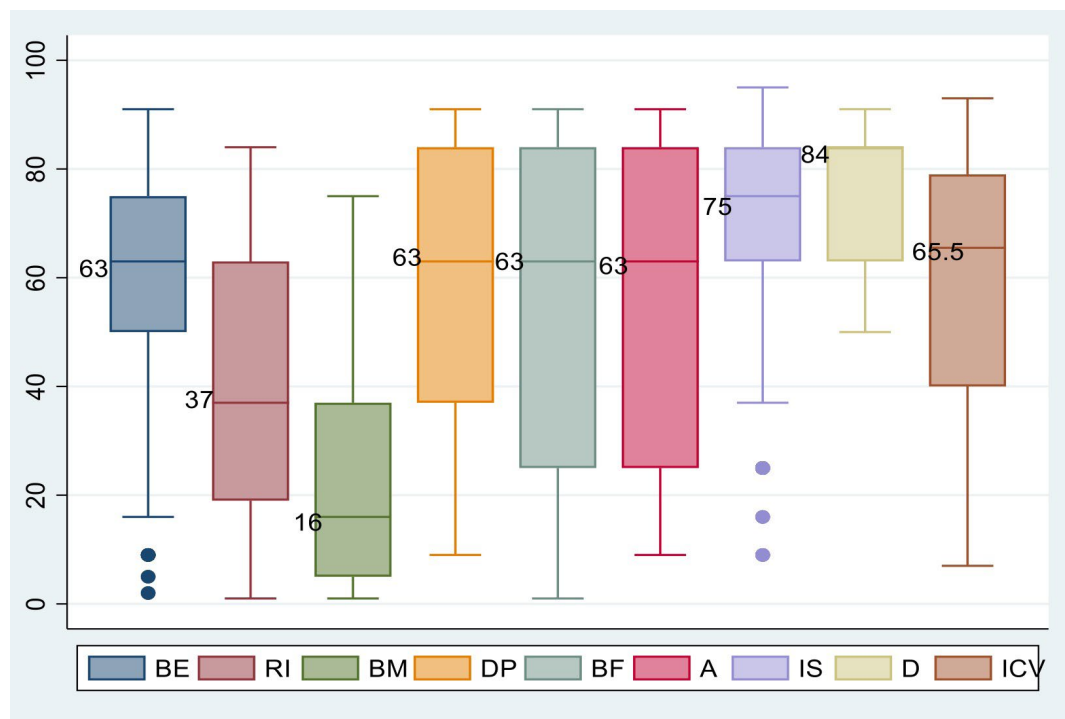


Figura 1. Percentiles de dimensiones e índice de calidad de vida FUMAT

BE: Bienestar Emocional, RI: Relaciones Interpersonales, BM: Bienestar material, DP: Desarrollo Personal, BF: Bienestar Físico, A: Autodeterminación, IS: Inclusión Social, D: Derechos, ICV: Índice de Calidad de Vida

En la matriz de correlación de Spearman ([Figura 2](#)) se observó que la edad presentó una correlación negativa y estadísticamente significativa con el índice de calidad de vida FUMAT ($Rho = -0.29$, $p < 0.001$) y con la funcionalidad física medida por el índice de Barthel ($Rho = -0.20$, $p < 0.01$). Aunque ambas asociaciones son significativas, las magnitudes corresponden a correlaciones débiles, por lo que, si bien existe tendencia a que una mayor edad se relacione con menor funcionalidad y calidad de vida, esta relación no es fuerte. No se identificó correlación significativa entre la edad y la escala PULSES de dependencia.

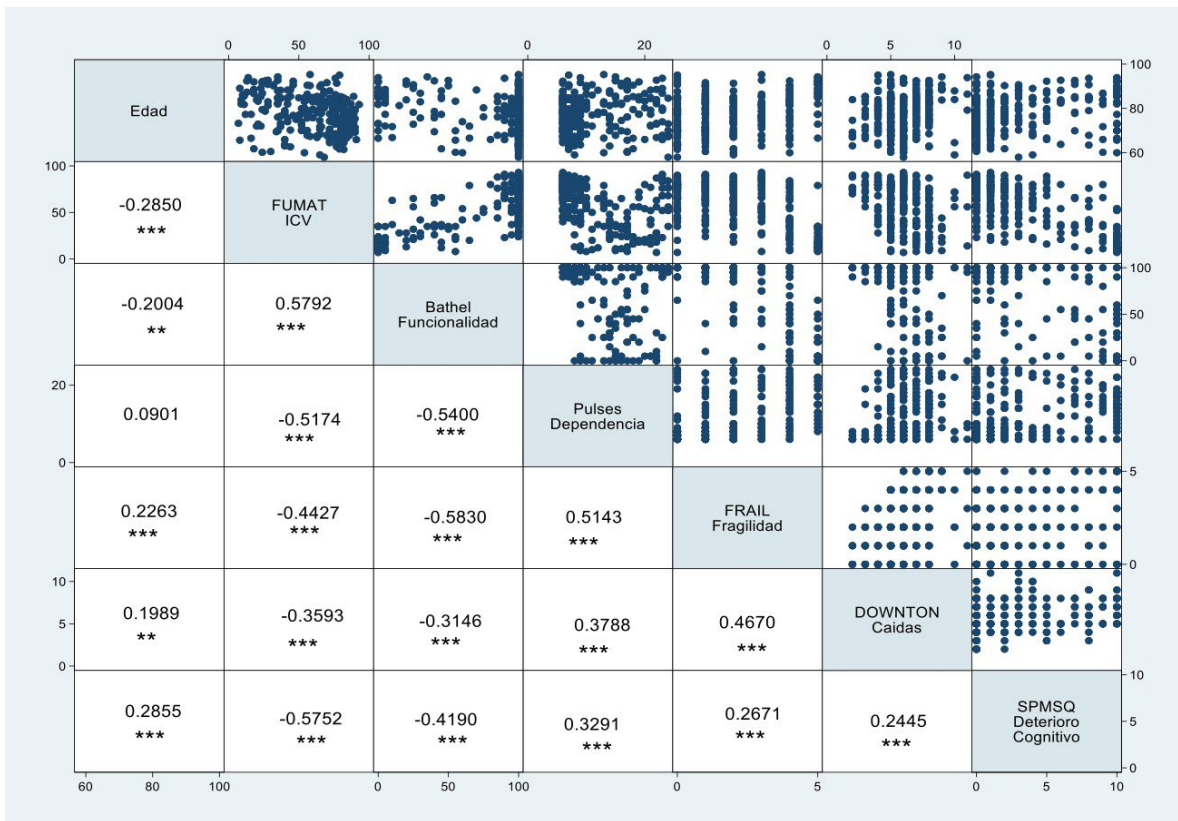


Figura 2. Matriz de correlación de variables.

*RHO-Spearman. Valor p: * < 0.05 ** < 0.01 *** < 0.001*

Las correlaciones más fuertes se evidenciaron entre el ICV-FUMAT y la funcionalidad (Barthel) ($Rho = 0.5792$, $p < 0.001$), lo que sugiere una relación directa entre la autonomía funcional y una mejor percepción del bienestar. Asimismo, se observó una correlación negativa alta entre FUMAT y deterioro cognitivo (SPMSQ) ($Rho = -0.5752$, $p < 0.001$), indicando que el deterioro cognitivo se asocia con una menor calidad de vida.

De igual forma, se destacaron asociaciones significativas entre fragilidad (FRAIL), dependencia (PULSES) y riesgo de caídas (Downton), con valores de correlación positivos entre sí, reflejando la interdependencia de estos factores en el estado funcional global de las personas mayores institucionalizadas.

En la [Tabla 2](#) se presenta la comparación de los terciles del índice de calidad de vida (ICV-FUMAT) con las categorías de funcionalidad, dependencia, fragilidad, riesgo de caídas y deterioro cognitivo. Los resultados muestran asociaciones estadísticamente significativas entre la calidad de vida y las escalas de Barthel, PULSES, FRAIL y SPMSQ ($p < 0.001$), mientras que para la escala Downton no se evidenciaron diferencias significativas ($p = 0.384$).

Tabla 2. Comparación de terciles FUMAT con la funcionalidad, dependencia, fragilidad, riesgo de caídas y deterioro cognitivo.

Características	Total % (#) (250)	Percentil ICV FUMAT		Valor p
		Tercil ½	Tercil 3	
		7-76 (171)	77-93 (79)	
Funcionalidad. Barthel				<0,001
Dependencia Total	9,60 (24)	14,04 (24)	0	
Dependencia grave	4,80 (12)	7,02 (12)	0	
Dependencia moderada	6,40 (16)	9,36 (16)	0	
Dependencia Leve	14,00 (35)	15,20 (26)	11,39 (9)	
Independiente	65,20 (163)	54,39 (93)	88,61 (70)	
Dependencia PULSES				<0,001
Baja disfunción	49,20 (123)	36,84 (63)	75,95 (60)	
Mediana disfunción o dependencia	15,20 (38)	16,37 (28)	12,66 (10)	
Alta dependencia	35,60 (89)	46,78 (80)	11,39 (9)	
Fragilidad FRAIL				<0,001
Sin fragilidad	76,80 (192)	68,42 (117)	94,94 (75)	
Con fragilidad	23,20 (58)	31,58 (54)	5,06 (4)	
Riesgos de caídas Downton				0,384
Riesgo Mediano	2,40 (6)	1,75 (3)	3,80 (3)	
Riesgo Alto	97,60 (244)	98,25 (168)	96,20 (76)	
Riesgo de deterioro cognitivo SPMSQ				<0,001
Intacta	60,00 (150)	46,20 (79)	89,87 (71)	
Mínima	6,00 (15)	8,19 (14)	1,27 (1)	
Moderada	17,20 (43)	21,64 (37)	7,59 (6)	
Severa	16,80 (42)	23,98 (41)	1,27 (1)	

Valor p: Prueba Chi-cuadrado de Pearson y Exacta de Fisher

En cuanto a la funcionalidad medida por la Escala de Barthel, las categorías de dependencia total, grave y moderada estuvieron presentes únicamente en los participantes de los terciles 1 y 2, mientras que ningún participante del tercer tercil (mejor calidad de vida) presentó estas condiciones. En este último grupo, el 88,61 % se clasificó como independiente, en contraste con el 54,39 % de los terciles inferiores.

Respecto a la dependencia funcional (PULSES), la categoría de baja disfunción predominó en el tercer tercil (75,95 %), mientras que la alta dependencia fue más frecuente en los terciles 1 y 2 (46,78 %), confirmando una relación inversa entre dependencia y calidad de vida.

En la escala FRAIL, el 94,94 % de los participantes del tercer tercil se clasificó sin fragilidad, frente al 68,42 % en los terciles 1 y 2, mostrando una asociación significativa entre menor fragilidad y mejor calidad de vida.

Aunque en la escala de riesgo de caídas (Downton) no se observaron diferencias significativas, se mantuvo una tendencia homogénea de alto riesgo en todos los grupos.

Finalmente, en la escala SPMSQ de Pfeiffer, el 89,87 % de los participantes del tercer tercil presentó función cognitiva intacta, mientras que solo el 46,20 % de los terciles inferiores alcanzó esta categoría. Los grados de deterioro moderado y severo se concentraron en los terciles 1 y 2, con proporciones del 21,64 % y 23,98 %, respectivamente, lo que refuerza la influencia del estado cognitivo sobre la percepción global de calidad de vida.

En el análisis multivariado se identificó que cuanto el participante presenta discapacidad cognitiva presenta menos posibilidad de estar en el tercil de los mejores puntajes del percentil del ICV con OR = 0.34(IC 95%: 0.12; 0.91), $p=0.033$, para discapacidad motora con OR= 0.30(IC 95%: 0.14; 0.64), $p=0.002$. Cuando los participantes informaron que realizaban actividad física y actividades productivas, mostraron una mayor probabilidad de pertenecer al grupo con las puntuaciones más altas. Aunque estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas, se identificó una tendencia. [Ver tabla 3.](#)

Tabla 3. Modelo de regresión logística multivariado para pertenecer al tercil de mejores puntajes del ICV FUMAT

Variables	OR (IC 95%)	Valor p
Edad	0,98 (0,94 - 1,01)	0,345
Afección Respiratoria	0,39 (0,13 - 1,18)	0,099
Discapacidad		
Mental	0,48 (0,19 - 1,21)	0,121
Cognitiva	0,34 (0,12 - 0,91)	0,033
Motora	0,30 (0,14 - 0,64)	0,002
Actividad Física	1,70 (0,87 - 3,29)	0,116
Actividad Productiva	2,01 (0,98 - 3,86)	0,054

Valor p: Test de Wald

Discusión

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones significativas para la práctica enfermera en el ámbito gerontológico. La asociación entre la participación en actividades productivas y físicas con mejores puntajes en la escala FUMAT subraya la importancia de que las intervenciones de enfermería promuevan la movilidad, el ejercicio adaptado y la integración social como estrategias esenciales para preservar y potenciar la calidad de vida en las personas mayores. Asimismo, la identificación de la discapacidad cognitiva y motora como factores que disminuyen esta calidad resalta la necesidad de un enfoque preventivo y de atención temprana, donde la enfermería desempeñe un rol activo en la detección de deterioros funcionales y en el diseño de planes de cuidado personalizados.

Es así como el estudio identificó que la participación en actividades productivas y físicas está fuertemente asociada con mejores puntajes en la escala FUMAT, Resultados similares fueron reportados en un estudio realizado en Chile con mujeres mayores, donde se observaron diferencias

significativas en la percepción subjetiva de la calidad de vida entre aquellas físicamente activas y las inactivas, siendo las primeras quienes presentaron mayores niveles de satisfacción y bienestar general tras la pandemia de COVID-19⁴⁴.

En comparación con estudios internacionales que han empleado la Escala FUMAT, la dimensión de bienestar material presentó los puntajes más bajos en la presente investigación. Esto coincide con hallazgos en la región: en Paraguay⁴⁵, estudio en 33 residentes de ancianatos periurbanos de Asunción entre los promedios más bajos por dimensión correspondieron a bienestar material 45 ± 30 , cifras que subrayan el papel de los determinantes sociales en la calidad de vida. Estudios realizados en Ecuador²², en Cúcuta-Colombia⁴⁶ y en México⁴⁷ reportaron tendencias análogas es decir, una menor valoración del bienestar material frente a otras dimensiones. Por contraste, un estudio en España que aplicó una versión abreviada de la FUMAT (24 ítems) identificó como peor puntuadas a las dimensiones inclusión social, autodeterminación y bienestar físico, lo que sugiere que las diferencias en contexto sociocultural y en la versión del instrumento pueden modular los perfiles dimensionales observados⁴⁸.

En el presente estudio, las dimensiones que obtuvieron los puntajes más altos fueron Derechos, Inclusión social y Autodeterminación, reflejando una percepción positiva en aspectos relacionados con la participación, la integración y el ejercicio de la autonomía personal. Resultados similares se observaron en un estudio realizado en Ecuador²², con la participación de 137 personas mayores, donde las dimensiones mejor valoradas fueron Autodeterminación (63 puntos), Desarrollo personal y Derechos (50 puntos cada una). De manera comparable, en el estudio desarrollado en España²⁴, con una muestra de 25 personas mayores, las dimensiones con mayores puntajes correspondieron a Desarrollo personal (57 puntos), Inclusión social (52 puntos) y Bienestar físico (45 puntos), lo que confirma la consistencia de estos dominios como indicadores relevantes del bienestar percibido en la vejez.

Los anteriores resultados permiten identificar la dimensión de bienestar material de la escala como la de menores puntajes en los diferentes estudios, lo que indica que sigue siendo un factor que limita la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas. Este hallazgo refuerza la importancia de fortalecer políticas públicas⁴⁹ orientadas a la protección económica de esta población.

En la presente investigación se evidenció que la discapacidad cognitiva y motora impactan significativamente en la calidad de vida, lo que coincide con investigaciones previas realizadas en contextos similares, donde la fragilidad y el deterioro cognitivo han sido identificados como factores determinantes en la percepción del bienestar de las personas mayores⁵⁰⁻⁵³. Estos resultados enriquecen el cuerpo de conocimiento en enfermería gerontológica al proporcionar evidencia local que respalda prácticas de cuidado centradas en la persona, y alienta a los profesionales a fortalecer la valoración integral como base para intervenciones efectivas. Promover la actividad física, prevenir las afectaciones cognitivas y motoras y garantizar la inclusión social no solo mejoran los resultados en salud, sino que también reflejan el compromiso de la enfermería con la humanización del cuidado en las personas mayores institucionalizadas.

Otro punto de comparación relevante se da en el análisis del índice de calidad de vida en relación con variables de salud mental. Se evidenció que los antecedentes psiquiátricos y el uso de tranquilizantes o antidepresivos están asociados a una menor calidad de vida, hallazgo que coincide con otros estudios que resaltan el impacto negativo de los trastornos mentales en personas mayores⁵⁴. Sin embargo, el presente trabajo destaca la necesidad de intervenciones de enfermería orientadas a la promoción de la salud mental y la reducción de la polifarmacia, lo que podría contribuir a mejorar el bienestar general de este grupo poblacional⁵⁵.

Dentro de las fortalezas, el estudio aporta evidencia empírica robusta mediante un diseño metodológico sólido, basado en instrumentos validados y en un análisis multivariado que permitió identificar factores asociados a la calidad de vida con un alto grado de confiabilidad. Además, la investigación abarca una muestra considerable de personas mayores, lo que amplía su validez externa y permite extrapolar sus hallazgos a contextos similares.

En relación a los aportes para la práctica, la educación y la investigación en enfermería el estudio presenta elementos claves para el fortalecimiento del cuidado, como es la necesidad de incluir intervenciones centradas en la persona que promuevan la actividad física y participación social como estrategias efectivas para fortalecer la calidad de vida en los centros gerontológicos⁵⁶. Adicionalmente el rol de enfermería en la evaluación de la funcionalidad física y cognitiva es esencial para la detección temprana de deterioros que incidan en la calidad de vida⁵⁷.

Desde la formación de enfermería se abren nuevas líneas para considerar en los currículos de enfermería a nivel de pregrado y postgrado la valoración integral a personas mayores, el uso de escalas validadas en esta población como la escala FUMAT y la planificación de cuidados centrados en la dimensiones de bienestar material, emocional y social²⁶. De esta manera fortalecer la competencia profesional de enfermería que favorezca un envejecimiento activo en personas con y sin institucionalización.

Dentro de las limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el estudio se llevó a cabo en un único centro gerontológico, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones de mayores con diferentes características sociodemográficas o condiciones de vida.

En cuanto a futuras líneas de investigación, sería relevante realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de la calidad de vida en esta población a lo largo del tiempo e identificar factores predictores más precisos, como el llevado a cabo en España donde revisaron el efecto de una intervención comunitaria de atención domiciliaria⁵⁸; también en Perú reportan el efecto de un programa social en personas mayores en condición de pobreza extrema, con participación de 634 persona mayores⁵⁹ o el efecto en hogares geriátricos con personas con afectación cognitiva⁵⁶. También se recomienda ampliar la investigación a diferentes tipos de instituciones geriátricas, incluyendo entornos urbanos y rurales⁶⁰, para evaluar posibles variaciones en la calidad de vida según el contexto e incluso en entornos hospitalarios⁶¹.

De acuerdo a lo anterior se podrían considerar nuevas líneas de investigación donde se evalué el efecto de las intervenciones de enfermería en la prevención o limitación de la discapacidad y el deterioro cognitivo, de esta manera se exploren mejores prácticas de cuidado que fomenten la inclusión y participación social de las personas mayores en los diferentes entornos clínicos, comunitarios, así como en instituciones gerontológicas.

De otra parte, se puede considerar realizar proceso de validación de la escala FUMAT de 24 ítem⁶², además continua siendo un reto la medición de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual o múltiples discapacidades⁶³ y la revisión del efecto por de diversas intervenciones como planes de actividad física, programas de danzas, musicoterapia⁶⁴⁻⁶⁷, la prevención de la polifarmacia⁶⁸, entre otros intervenciones que involucren el rol de enfermería gerontológica y de esta manera seguir avanzando hacia un cuidado de excelencia, promoviendo una atención humanizada, un envejecimiento activo y un trato digno a las personas mayores.

Conclusiones

Este estudio resalta la influencia positiva de la participación en actividades productivas y de actividad física para mantener la calidad de vida de las personas mayores y motiva a los profesionales de salud a dar prioridad a la prevención de las deficiencias cognitivas y motoras en esta población.

Este estudio contribuye de manera significativa al fortalecimiento de la práctica gerontológica, al identificar factores clave que impactan en la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.

Conflicto de Interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés

Financiación: Proyecto financiado por convocatoria 934 estancias posdoctorales de Ministerio de Ciencia y Tecnología - Minciencias Colombia, en alianza con la Fundación Albeiro Vargas Y Ángeles Custodios – FAVAC.

Agradecimientos: Al equipo multidisciplinario del centro gerontológico que apoyo la recolección de información y a las personas mayores que aceptaron participar.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud.** Reunión de Ministros de Salud del G7 en Kobe: alcanzar la cobertura sanitaria universal centrándose en el envejecimiento saludable y activo [Internet]. 2016. p. 2–3. Consulta: enero 09, 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/g7-kobe-health-ministers-meeting-attaining-universal-health-coverage-focusing-on-healthy-and-active-ageing>
2. **DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.** Colombia registró la tasa de nacimientos más baja de la última década y crecieron las defunciones relacionadas con enfermedades transmitidas por mosquitos. 2024. Consulta: octubre 07, 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/cp-EEVV-ltrim2024.pdf>
3. **World Health Organization.** Ageing and health. 2025. p. 6–9. Consulta: octubre 07, 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. **Stephany T.** Nursing and aging. *Am J Nurs.* 2019;119(10):10. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000586068.10122.43>
5. **García L, Quevedo M, La Rosa Y, Leyva A.** Calidad de vida percibida por adultos mayores. *Revista Electrónica Medinay.* 2020;27(1):16–25. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2020/cmh201c.pdf>
6. **Gómez L, Verdugo M, Arias B, Navas P.** Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad : la Escala Fumat. *Interv Psicosoc.* 2008;17:189–99. Disponible en: https://journals.copmadrid.org/pi/art/5938b4d054136e5d59ada6ec9c295d7a?utm_source=chatgpt.com
7. **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.** Decreto 681 de 2022. Por medio del cual se adiciona el capítulo 7 al Título 2 de la parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031. 2022; Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto No. 681 de 2022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto_No_681_de_2022.pdf)
8. **Venegas-Sanabria C, Iván Caverro-Redondo I, Martínez-Vizcaino V, Cano-Gutierrez A, Álvarez-Bueno C.** Effect of multicomponent exercise in cognitive impairment : a systematic review and meta - analysis. *BMC Geriatr.* 2022;22(617). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03302-1>

9. **Organización de Naciones Unidas.** Mirada global Historias humanas. Las enfermedades no transmisibles causan el 75 % de las muertes globales y van en aumento. 2023. p. 1–8. Consulta: octubre 07, 2025. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/05/1521192>
10. **Baixinho CL, Madeira C, Alves S, Henriques MA, Dixe M.** Falls and Preventive Practices among Institutionalized Older People. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137577>
11. **Fuentes N, Lomelí R, Colmenares V.** Calidad de vida del adulto mayor : una oportunidad para construir procesos de intervención desde el trabajo social. *Políticas Soc Sect*. 2024;2(3):121–39. <https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/111/91>
12. **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.** Minsalud actualiza política de envejecimiento y vejez. 2021. p. 23–6. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx>
13. **Manrique-Anaya Y, Pérez J, Sigalat E, Torres C.** Apoyo social, capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores de centros de bienestar. *Enfermería Global*. 2025;1860;76:1–15. <https://doi.org/10.6018/eglobal.636591>
14. **Varela L.** Health and quality of life in the elderly. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):199–201. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
15. **Martínez O, Mamarero O, González CLM.** Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Rev Ciencias Médicas La Habana*. 2016;22(1):30–41. <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/925>
16. **Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, Stathi A, Gardiner PA, Owen N.** Active Aging and Public Health : Evidence , Implications , and Opportunities. *Annu Rev*. 2022;43:439–59.: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-091107>
17. **Lozano-Vidal R, López-Pisa RM, Boyero-Granados A, Recio-Ramos S, Padín-Minaya C, Garzón-Quinonez M, et al.** Estratificación de la población mayor de 65 años en grupos de riesgo clínico : características y valoración enfermera. *Enfermería Clínica*. 2014;24(5):290–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.001>
18. **García-Walker V.** Elder's life course theory and person-centered research: A lens for conducting ethical nursing research and mental health nursing practice with older adults aging with the diagnosis of schizophrenia. *Psychiatr Ment Heal Nurs*. 2022;1–17. <https://doi.org/10.1111/jpm.12819>
19. **Briceño-Martínez A, Contreras-Pava A, León-Cely N, Araque-Peñalosa D, Rivera-Porras D.** Caracterización de la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a cuatro asociaciones de Cúcuta mediante la Escala FUMAT. *Rev Cient Signos Fónicos*. 2021;7(2):1–25. <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/cdh/article/view/1297>
20. **Astorquiza B, Chingal O.** ¿cómo están nuestros ancianos? Una exploración empírica de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia. *Rev la Cepal*. 2019;(129):139–61. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/d11de9d6-e529-4453-ab0d-410d002d5efd/content>
21. **López M, Aguilar L, MJ M.** La calidad de vida percibida por personas adultas mayores urbanas no institucionalizadas en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *An en Gerontol*. 2022;14(1):73–95. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/5012>
22. **Palma E, Peña A, Quinde V.** FUMAT: Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores pospandemia. *Rev Cient Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS*. 2022;4(6):507–19. <https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/400>
23. **Villalba A, Ramos S.** Condiciones de vida y bienestar en la vejez : análisis de adultos mayores del Hospital Distrital de Ñemby , Paraguay. *Scienti Americana*. 2025;12(1):14–8. <https://dx.doi.org/10.30545/scientiamericana.2025.ene-abr.3>

24. **Rodriguez-Jimenez M, Perez-Jorge D, Puerta-Araña I, Ariño-Mateo E.** Quality of Life in Deafblind People and Its Effect on the Processes of Educational Adaptation and Social Inclusion in Canary Islands, *Spain. Educ Sci.* 2022;12:490. <https://doi.org/10.3390/educsci12070490>
25. **Morales S, Calvo M.** Deterioro cognitivo y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Jubizados Naciones Unidas, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, año 2020. Universidad Tecnológica Indoamericana; 2020. <https://repositorio.uti.edu.ec/items/5dc50868-933c-4da3-9473-4947c1ffab15>
26. **Verdugo M, Gómez L, Arias B.** Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, editor. Salamanca; 2009. 1–96 p. http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
27. **Duarte-Ayala RE, Velasco-Rojano A.** Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horiz Sanit.* 2022;21(1). <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>
28. **Martinez-Hernandez B, Rosas-Carrasco O, Lopez-Teros M, Gonzalez-Rocha A, Muñoz-Aguirre P, Palazuelos-Gonzalez R, et al.** Association between physical activity and physical and functional performance in non - institutionalized Mexican older adults : a cohort study. *BMC Geriatr.* 2022;22:1–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03083-7>
29. **Dos-Santos V, Bassi-Dibai D, Ribeiro C, Nunes D, Marinho S, De-Oliveria G, et al.** Barthel Index is a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care.* 2022;21:1–7. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01017-z>
30. **Cantillo-Medina C, Ramírez-Perdomo C, Perdomo-Romero A.** Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Cienc y Enfermería.* 2018;24(16):1–12. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100216>
31. **Parra MD, Torres CC, Arboleda LB, Rivera R, Franco S, Santos J.** Effectiveness of an Educational Nursing Intervention on Caring Ability and Burden in Family Caregivers of Patients with Chronic Non- Communicable Diseases . A Preventive Randomized Controlled Clinical Trial. *Investig y Educ Enferm.* 2019;37(1). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e04>
32. **Parada D, Carreño-Moreno S, Chaparro-Diaz L. Soledad,** ansiedad y depresión en la adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico. *Rev Cuid.* 2023;14(1):e2451. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2451%0AHighlights>
33. **Davis-Varona L.** Evaluación del estado de fragilidad en adultos mayores aplicando la escala FRAIL. *Arch méd Camaguey.* 2024;28:e10046. <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/10046>
34. **Arboleda V, Muñoz-Rodríguez D, Segura A, Segura A, Robledo C, Cardona D, et al.** Profile in frail older people over 60 years of age in five Colombian cities , 2021. *Med UPB.* 2025;44(1). <http://dx.doi.org/10.18566/medupb.v44n1.a03>
35. **Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szlejf C.** Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(12):1094–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>
36. **Mateo-Cervera A, Fernández-Carrasco S.** Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Española de Geriatria y Gerontología.* 2023;1(3):1–8. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.03.005>
37. **Brutto OH Del, Mera RM, Rumbela DA, Recalde BY, Sedler MJ.** Testing the reliability of the Downton Fall Risk Index for predicting incident falls in community-dwelling older adults . A prospective. *Rev Ecuat Neurol.* 2022;31(3). <http://dx.doi.org/10.46997/revecuatneurol31300016>
38. **Gutierrez-Valencia M, Leache L, Saiz LC.** Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados Review of the validity of fall risk assessment scales in hospitalised patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2022;57(3):1–5. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.03.005>

39. **Sanchis J, Bonanad C, García-Blas S, Ruiz V, Fernández-Cisnal A, Sastre C, et al.** Long-Term Prognostic Value of Cognitive Impairment on Top of Frailty in Older Adults after Acute Coronary Syndrome. *J Clin Med.* 2021;10(3). <https://doi.org/10.3390/jcm10030444>
40. **Angamarca D, Muñoz D, Gonzalez A, Dominguez J.** Eficacia del mini mental y PFEIFFER (SPMSQ) para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años. *Revista Investig en Salud.* 2020;3(9):149–57. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v3i9.55>
41. **Mamani R, Roque E, Colque N, Solorzano M.** Actividad física y el deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev Cienc la Act Fis.* 2023;24(1):1–14. <https://doi.org/10.29035/rcaf.24.1.8>
42. **Hosmer D, Lemeshow S.** Model-Building Strategies and Methods for Logistic Regression. In: Sons JW&, editor. *Applied Logistic Regression.* 2013. p. 89–150. https://mybiostats.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/model_building_strategies_and_methods_for_logistic_regression.pdf
43. **Torres C, Vargas A.** Perfil salud y calidad de vida de personas mayores de un Centro Gerontológico de Bucaramanga. *Mendeley Data.* 2025;14–7. <https://doi.org/10.17632/6c4pt8zfgb.1>
44. **Castillo MA, Hernandez J.** Percepción subjetiva de la calidad de vida según niveles de actividad física en mujeres mayores chilenas tras la pandemia de covid-19. *Retos.* 2025;63:868–77. <https://doi.org/10.47197/retos.v63.108693>
45. **Meza J, Insaurralde A, Alviso D.** Modelo matemático para estimar el índice de calidad de vida en adultos mayores usando la encuesta FUMAT. *Mem Inst Investig Cienc Salud.* 2021;19(3):44–53. <http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.03.44%0AModelo>
46. **Briceño-Martínez A, Contreras-Pava P, León-Cely N, Araque-Peñaloza D, Rivera-Porras D.** Caracterización de la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a cuatro asociaciones de Cúcuta mediante la Escala FUMAT. *Rev Cient Signos Fónicos.* 2021;29. <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/cdh/es/article/view/1297>
47. **Maya E, Hernández J, Vargas X, Guzmán E.** Evaluación de la calidad de vida de adultos mayores no institucionalizados de la CDMX a través de la escala FUMAT. *Eureka.* 2018;15(1):65–77. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/885117/eureka-15-1-12.pdf>
48. **Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Perez F, Perez C, Molina-Martínez M, Fernández-Mayoralas G, Sánchez-González D, et al.** The Impact of COVID-19 on Nursing Homes : Study Design and Population Description. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:16629. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416629>
49. **Ghența M, Matei A, Rothe F, Aartsen M, Precupetu I.** Assessing the transferability potential of policy practices for older people. *Arch Public Heal.* 2025;83(56):1–9. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01548-w>
50. **Albuquerque G, Faleiros F, Corbo L, Maia E, Franca I, Bezerra S, et al.** Validation of nursing educational technology for neurogenic bowel rehabilitation in people with spinal cord injury. *Rev Cuid.* 2024;15(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3705%0AHighlights>
51. **Hu W, Chu J, Zhu Y, Chen X, Sun N, Han Q, et al.** The Longitudinal Association Between Frailty , Cognition , and Quality of Life in Older Europeans. *Gerontol Soc Am.* 2023;78(5):809–18. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbad013>
52. **Pavel A, Paun R, Matei V, Rosca A, Tudose C.** Quality of Life in People With Subjective Cognitive Decline. *Alpha Psychiatry.* 2023;24(2):60–4. <http://dx.doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2023.221007>
53. **Martins R, Gomes S, Vicente P, Carvalho N, Batista S.** The quality of life of people with multiple sclerosis in Portugal. *Rev Cuid.* 2024;15(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2841%0AHighlights>
54. **Lee SL, Pearce E, Ajnakina O, Johnson S, Lewis G, Mann F, et al.** The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older : a 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8(1):48–57. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30383-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7)

55. Wang H-I, Gilbody S, Littlewood E, Baird K, Ekers D, Mcmillan D, et al. Cost-utility of behavioural activation for mitigating psychological impacts of COVID- 19 on socially isolated older adults with depression and multiple term conditions compared with usual care : results from a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Ment Heal*. 2025;28:1–9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjment-2024-301270>
56. Díaz-Veiga P, Sancho M, García Á, Rivas E, Abad E, Suárez N, et al. Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(6):266–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>
57. Khodadad-Kashi S, Sadat-Mirzazadeh Z, Saatchian V. Systematic Review and Meta-Analysis of Resistance Training on Quality of Life, Depression, Muscle Strength, and Functional Exercise Capacity in Older Adults Aged 60 Years or More. *Biol Res Nurs*. 2022;25(1):1–22. <https://doi.org/10.1177/10998004221120945>
58. Palacios-navarro G, Santamaria R, Ramos P. Effects of a home care community-dwelling intervention on cognition , mental health , loneliness and quality of life in elder people : The VERA study. *Int J Med Inform*. 2024;185:e105378. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105378>
59. Chui H, Valdivia M. Los programas sociales y la calidad de vida de las personas adulto mayores en situación de extrema pobreza. *O Mundo da Saúde*. 2024;48:e15962024. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15962024E>
60. Taveres D, Bolina A, Dias F, Ferreira P, Hass V. Quality of life of elderly . Comparison between urban and rural areas. *Invest Educ Enferm*. 2013;31(3):401–13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.20701>
61. Porras-Jimenez Y, Alvarez-Nieto C, Romero-Granados K, Pinzón-Ordoñez C, López-Medina I. Effectiveness of laughter therapy with healthcare clowns on the mood of hospitalised adults. *Rev Cuid*. 2025;16(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4375>
62. Cardenas P, Rodriguez-Blazquez C, Joao M, Ayala A, Rojo-Perez F, Fernandez-Mayoralas G, et al. Validation of the Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) in Long-Term Care Settings. *Int J Environ Res Public Heal Res Public Heal*. 2022;19:16183. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316183>
63. Verdugo MA, Go LE, Schalock RL, Arias B, Navas P. Measuring quality of life in people with intellectual and ´ n scale multiple disabilities : Validation of the San Martín scale. *Res Dev Disabil*. 2014;35:75–86. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.025>
64. Gonnord T, Clarys D, Boucard G, Esnard C. Positive impact of social relationships fostered by physical and / or cognitive group activity on older people ´ s quality of life : PRISMA systematic review. *Front Psychol*. 2023;14:e1166072. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1166072>
65. Mohammadi Z, Mirzaei T, Ravari A, Kamiab Z. Comparison the effect of Otago and chair squat exercises on the fear of falling and the quality of life of the older adults , a clinical trial study. *Aging Clin Exp Res*. 2025;37(66):1–9. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-02951-7>
66. Maissan MJE, Raaij BFM Van, Festen J, Gussekloo J. A qualitative study regarding older people’s goals of care in relation to frailty status : finding meaning in ´ smaller things ´ in life. *Age Ageing*. 2025;54(afaf022):1–11. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf022>
67. Jandaghian-Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M, Shaterian N, Darabiyan P, Rafi A. The effect of Orem self-care model on the improvement of symptoms and quality of life in patients with diabetes : A scoping review. *Investig y Educ Enferm*. 2023;42(1):e08. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n1e08>
68. Andrews N, Brooks C, Board M, Fraser S, Latter S, Aplin K. Medicine Optimisation and Deprescribing Intervention Outcomes for Older People with Dementia or Mild Cognitive Impairment : A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2025;(0123456789). <https://doi.org/10.1007/s40266-025-01189-2>