CALIDAD DE VIDA Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN ADULTOS MAYORES. Un tema poco tratado en la comunidad de la salud

Acosta, Gioconda[1] y Quintero, Sandra[2]

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM. Coro estado Falcón Venezuela.
Programa de Medicina [1], Programa de Gerontología [2]

giocondacosta19@gmail.com[1] y investigacionsandraquintero@gmail.com[2]

RESUMEN

El presente artículo, es una exposición teórico legal del tema de la calidad de vida y trasplante de órganos en adultos mayores, como tema poco tratado en la comunidad de la salud reflexionados en base a las experiencias vividas en el campo gerontológico y médico propio de las autoras. El propósito del mismo es mostrar desde la revisión documental la importancia de considerar el trasplante de órganos en adultos mayores como una oportunidad de fortalecimiento y mejora de su calidad de vida. No pretendemos obligar a la toma de conciencia sino a sensibilizar a los entes de salud, familias, instancias gubernamentales y no gubernamentales a contribuir con la inclusión del adulto mayor como ciudadano de derecho dentro del proceso de trasplante y donación de órganos pues se ha visto y comprobado gracias a estudios de carácter científico que existe una mejora de su calidad de vida como seres humanos y, se avivan los deseos de vivir una vida plena como cualquier grupo etáreo.

Palabras clave: trasplante, adulto mayor, derechos humanos, calidad de vida.

QUALITY OF LIFE AND ORGAN TRANSPLANTATION IN ELDERLY ADULTS A little discussed topic in the health community

ABSTRACT

This article is a legal theoretical exposition of the issue of quality of life and organ transplantation in older adults, as a topic that has not been discussed in the health community, based on the experiences of the gerontological and medical field of Authors Its purpose is to show from the documentary review the importance of considering organ transplantation in older adults as an opportunity to strengthen and improve their quality of life. We do not intend to force awareness but to sensitize health entities, families, governmental and non-governmental entities to contribute to the inclusion of the elderly as a citizen by law in the process of transplantation and organ donation as it has been seen and proven thanks to studies of a scientific nature that there is an improvement in their quality of life as human beings and, the desire to live a full life like any age group is fueled

Keywords: transplant, elderly, human rights, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de calidad de vida y trasplante en el adulto(a) mayor, se debe hablar de éste como ser humano, como persona, sujeto de derechos y centro de dicha atención; una situación que expone la necesidad de reconocer el derecho a la vida y la preservación de una salud óptima al mismo nivel de cualquier otro grupo de edad. Frente a lo señalado, es posible observar en la visión o razón de algunos profesionales e instancias de salud un cuestionamiento tal vez malsano acerca del tema “trasplante para el adulto(a) mayor” al considerar que, por su edad, son pocas las posibilidades de supervivencia y peor aún, de aprovechamiento del órgano trasplantado para la mejora de su calidad de vida; es aquí precisamente cuando se devela la poca inclusión que tiene el adulto mayor en las listas de espera de donantes.

Hay que tener claro, que la calidad de vida abarca distintos ámbitos, entre ellos la salud física, mental y social, pero no sorprenden que las personas mayores con alguna afección tiendan a reportar una calidad de vida más baja en comparación con otras personas mayores que no la padece.

Es por ello que, indistintamente de la situación de enfermedad que padezca el adulto(a) mayor, es menester el conocimiento de sus derechos como condición básica para exigir mejores condiciones de supervivencia y una mejor calidad de vida; de hecho, el impacto que producen las complicaciones de la enfermedad sobre la calidad de vida ha sido demostrada en diversas investigaciones, especialmente cuando se destaca la relación entre la satisfacción de vida y los síntomas depresivos, puede estar asociada parcialmente con el tipo de emociones positivas o negativas en situaciones de trasplante de órgano en adultos mayores tal como plantea Cohn (2009).

El área de investigación del estudio en la UNEFM es Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos, línea de investigación: Rehabilitación y habilitación y sublínea: Rehabilitación y habilitación en el adulto mayor.

DESARROLLO

Conociendo sobre la salud enfermedad

Para desarrollar el tema de calidad de vida y trasplante de órganos en adultos mayores, haremos un recorrido por algunos estudios que sirven como referente para comprender mejor la conjunción de estas temáticas iniciando por Rivera (2016, p.76) quien publicó un capítulo titulado “Calidad de vida en adultos mayores mexicanos con diabetes” en el libro Perfiles sobre envejecimiento. Gerontología para la vida activa, una propuesta regional; en este refiere que en la última década del siglo XXI, la investigación en el campo de la gerontología ha mostrado interés sobre temas relacionados con la calidad de vida en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas; señala que existen dos indicadores de la calidad de vida que son los síntomas depresivos y los niveles de satisfacción con la vida; sin embargo, acotas que pocos estudios han examinado la satisfacción con la vida en personas que padecen diabetes.

Refiere también Rivera que los niveles de satisfacción en esa población son relativamente altos, evidencia una serie de problemas y dificultades asociadas con la enfermedad, por ejemplo, los síntomas depresivos, complicaciones derivadas que dificultan las actividades de la vida diaria, monitoreo de glucosa, entre otras relacionadas con la satisfacción de vida. Es importante reconocer que los datos manejados estudio de Rivera son de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT, 2012) en México.

Por su parte, Kutner y otros (2000), examinaron el estado funcional, la depresión y la satisfacción de vida en adultos mayores de edad similar con enfermedad renal, algunos en etapa terminal. En los resultados del estudio de estos investigadores se encontró que las puntuaciones de la depresión y el deterioro funcional fueron mayores en los pacientes con tratamiento de diálisis, al inicio del estudio, pero no así después de tres años, en comparación con sus contrapartes. Los pacientes en tratamiento de diálisis presentaron una menor satisfacción de vida al inicio del estudio, pero no se encontraron diferencias durante el seguimiento. Así, es posible conjeturar que los pacientes en diálisis fueron más optimistas con el tratamiento y apreciaron más el tiempo de vida que les da ese procedimiento.

También se tiene a Laborde y Powers (1980) quienes en su estudio sugieren que los pacientes dializados reportaron una mejor satisfacción que las personas con osteoartritis, por factores como el dolor experimentado y la disminución en el funcionamiento físico y social que padecen los pacientes artríticos, a diferencia de los enfermos renales en diálisis, quienes pueden presentar esta disminución sólo por tratamiento muy prolongado. Otra probable explicación se puede relacionar con lo grave del padecimiento, la autopercepción de la enfermedad y la autoestima, como factores que influyen en los resultados así como señala Steca (2013).

En éste sentido, las emociones positivas juegan un papel importante en la recuperación y adaptación a cambios drásticos, por medio de mecanismos de resiliencia y afrontamiento, favoreciendo así el aumento de satisfacción con la vida tal como refiere Cohn (2009); de igual forma, un estado emocional negativo puede afectar el nivel de satisfacción y tener relación directa con síntomas depresivos y problemas de bienestar señala Barnes (2005).

Está visto que la calidad de vida en las personas mayores con enfermedades crónicas, constituye un aspecto verdaderamente importante al momento de tratar el tema de trasplante pues debe ser el propósito central de dicha operación, sobre todo al visibilizar el derecho a la vida y por ende a la salud. Por esta razón, el objetivo de la medicina y de las ciencias de la salud es intervenir sobre la historia natural de la enfermedad en búsqueda de una mejor calidad de vida, por eso, desde 1945 se definen cuatro grandes áreas de la atención en salud a saber:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención de la enfermedad.
3. Atención del enfermo.
4. Rehabilitación

Estas cuatro áreas han sido agrupadas también como prevención primaria, secundaria y terciaria, ubicadas cada una dentro de la figura que se muestra:

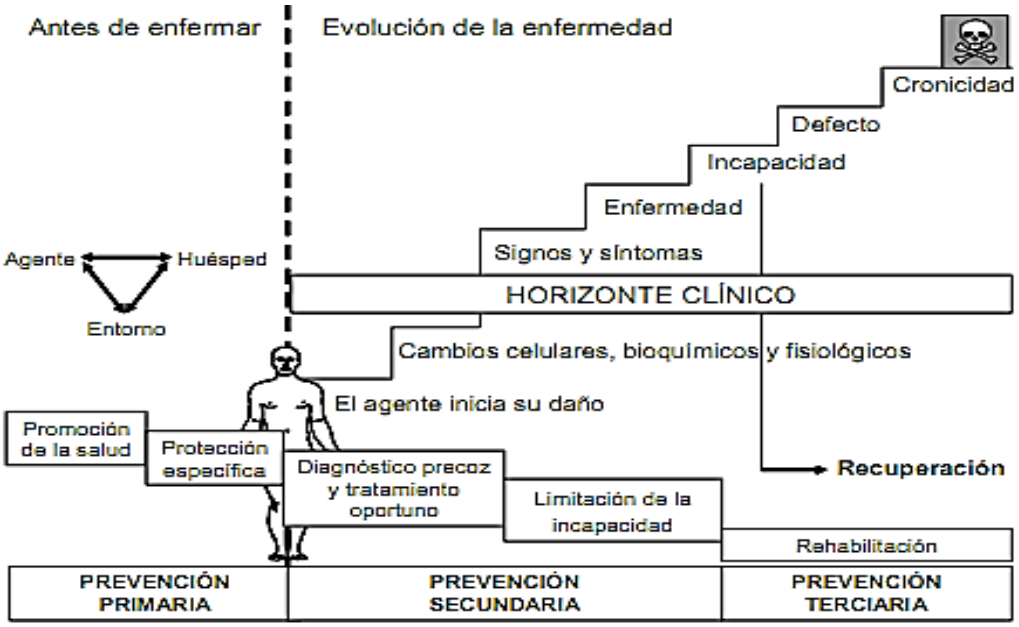


Figura 1. Historia natural de la enfermedad (1945).

Calidad de vida y trasplante

Rodríguez, y otros (2009) señalan que según la Organización Mundial de la Salud OMS, la calidad de vida se define como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”; esta autora refiere que se trata, por tanto, de un concepto que abarca aspectos objetivos y subjetivos que reflejan el grado de bienestar físico, emocional y social de cada individuo.

Por otro lado señala Rodríguez al citar a López y otros (2004) que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) “incorpora una perspectiva distinta a la puramente biológica, ampliando el foco de atención a parcelas relacionadas con el funcionamiento social, la accesibilidad a los servicios sanitarios o la percepción subjetiva del bienestar general del individuo” (p.27); así pues, bajo esta perspectiva, la CVRS representa “las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo que influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal en las circunstancias de la vida” (en las reflexiones de Ruiz, 2003)

Cambios asociados al envejecimiento

Respeto a este tema de los cambios asociados al envejecimiento, señalan Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.627) en un capítulo sobre Insuficiencia renal aguda publicado en el Tratado de Geriatría para residentes que, en numerosas circunstancias es difícil establecer el límite entre aquellas modificaciones debidas al proceso de envejecimiento renal normal y aquellas como resultado exclusivo de patología previa, coincidiendo también con lo referido por Macías (2002) en su texto sobre el riñón del anciano: morfología y función. Principales nefropatías.

Del mismo modo Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.627), destacan como principales modificaciones anatómicas y funcionales asociadas al envejecimiento las reflejadas en la tabla 1 como se verá más adelante. Respecto al aclaramiento de creatinina, hay que tener en consideración que la pérdida de masa muscular inherente al proceso de envejecimiento ocasiona una disminución consecuente en cuanto al aporte de creatinina al riñón, motivo por el cual es conveniente aplicar fórmulas correctoras de la creatininemia, que consideren la edad y el peso del individuo.

La fórmula de Crockcroft y Gault es la más utilizada, aplicando un factor de corrección (x 0,85) para la mujer tal como sigue:

$$\text{Ccr (ml/min)} = \frac{(140 - \text{edad [años]}) \times \text{peso (kg)} \times 0{,}85 \text{ (si es mujer)}}{72 \times \text{creatinina sérica (mg/dl)}}$$

Fuente: Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.628)

Esta fórmula se desarrolló y validó en muestras muy seleccionadas de adultos de edad avanzada que no incluyeron a muchos individuos de esta edad. Sólo se han encontrado correlaciones moderadas entre las cifras de aclaramiento de creatinina obtenidas por la fórmula y las cifras reales, de lo cual se puede deducir que la fórmula de Crockcroft y Gault proporciona una guía rápida y razonable para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria, al no existir

ningún método preciso disponible para el cálculo de la filtración glomerular a partir de variables como edad, sexo, creatinina sérica y peso.

Tabla 1. Cambios renales asociados al envejecimiento.

Modificaciones morfológicas
1. Aspecto macroscópico: — Pérdida gradual de tamaño y peso. — Aumento de contenido graso perieintrarrenal. — Aparición de quistes.
2. Aspecto histológico: — Adelgazamiento de la corteza renal. — Disminución del número de glomérulos funcionantes. — Esclerosis glomerular. — Degeneración grasa a nivel celular tubular. — Diverticulosis a nivel tubular distal y colector. — Engrosamiento parcelar y desdoblamiento a nivel de la membrana basal.
3. Modificaciones vasculares: — Reducción del tamaño arterial. — Engrosamiento de la íntima y atrofia de la media.
4. Modificaciones intersticiales: — Fibrosis intersticial y atrofia tubular. Modificaciones funcionales. — Descenso del filtrado y de la permeabilidad glomerular. — Descenso de flujo plasmático renal. — Pérdida de función tubular traducida como alteración a nivel de la absorción, secreción y excreción de sustancias. Alteraciones hormonales. — Disminución de valores de renina y aldosterona, con mantenimiento del nivel eritropoyetina.

Fuente: Carracedo, Arias, y Jiménez (2006, p.628)

Marco legal venezolano sobre el tema de donación y trasplante de órganos, tejidos y células. ¿Beneficia al adulto(a) mayor?

En Venezuela poco se conoce sobre el marco legal en torno al tema de la donación y trasplante de órganos, tejidos y células en seres humanos; sin embargo, existe una ley (Reforma 8/11/2011) en este ámbito de la cual a continuación referenciaremos algunos artículos de especial interés en esta revisión:

> **Artículo 1**. El objeto de la presente Ley es la regulación de los procedimientos con fines terapéuticos, de investigación o de docencia para la donación y trasplante de órganos, tejidos y células en seres humanos, en el ámbito del territorio nacional y con base al derecho a la salud previsto en la Constitución, las leyes, los tratados, pactos y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República Bolivariana de Venezuela.
> Participación social
> **Artículo 4**. El Poder Popular por vía de sus organizaciones sociales participará en el ámbito nacional, regional y local en las políticas, planes y programas de promoción, educación, investigación, iniciativas, intercambio de experiencias, control y otras actividades que contribuyan con la procura, donación y trasplante de órganos, tejidos y células. Las instituciones y entes del Estado promoverán y facilitarán la participación ciudadana y el control social en materia de trasplante de órganos, tejidos y células con base a los términos de esta Ley y su reglamento.
> Criterios de selección
> **Artículo 29**. Los criterios de selección del receptor o la receptora deben ser objetivos, verificables y de carácter público. Estos criterios serán revisables para que puedan ser actualizados de acuerdo a los progresos y avances médicos.
> Serán criterios aceptables a considerar en el proceso de selección de receptores o receptoras de órganos, tejidos y células los siguientes: urgencia médica, territorialidad, características médicas del receptor o la receptora, antigüedad en la lista de espera y reciprocidad, entendida como el otorgamiento de prioridad a quien ha donado con anterioridad.
> Prioridad absoluta
> ***Artículo 35.*** El Sistema de Procura de Órganos, Tejidos y Células debe dar prioridad a los niños, niñas y adolescentes con necesidad de trasplante, tomando en cuenta su interés superior, para garantizar su bienestar y derecho a la salud.

Como se puede evidenciar en la ley citada, el artículo 1 es claro al referir que dicha ley es aplicable a todos los ciudadanos venezolanos sin distingo de edad, también resalta en su artículo 4 la participación del Poder Popular en promover y facilitar la participación ciudadana y el control social en materia de trasplante; mientras el artículo 29 expone los criterios aceptables a considerar en

el proceso de selección de receptores o receptoras de órganos, tejidos y células. Sin embargo en el artículo 35 es enfático al dar prioridad a los niños, niñas y adolescentes con necesidad de trasplante cuestión que de alguna manera contradice lo expresado en el artículo 1, al excluir al adulto y adulta mayor de esta posibilidad de trasplante.

Experiencias vividas en el campo de la salud

En el campo gerontológico.

Desde la visión de la gerontología, el envejecimiento humano es un proceso que ocurre por la acción del tiempo y como proceso se vivencian cambios propios de la etapa de la vejez. Muchas de las enfermedades, disminuciones y pérdidas relacionadas con la edad son consecuencia del estilo de vida que ha tenido la persona. Precisamente en el tema del estilo de vida en adultos mayores, el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud presentado por la OMS (2015, p.193) señala que, cuando las personas envejecen, es muy común que deban realizar grandes cambios en su estilo de vida, como tomar nuevos medicamentos, cambiar la alimentación o modificar la rutina de ejercicios.

Igualmente señala que, puede tengan además otros motivos para realizar estos cambios en su estilo de vida. Tal vez, por ejemplo, no quieran convertirse en una carga para sus familiares, lo que probablemente sirva como incentivo adicional para mantener su capacidad física. Quizás también quieran vivir para ver crecer a sus nietos y dejar su huella en la próxima generación y, a diferencia de los adultos más jóvenes, que probablemente no perciban el efecto de las conductas negativas hasta pasado cierto tiempo, los adultos mayores probablemente vean efectos inmediatos y potencialmente mortales en esas conductas.

Señala Árraga y Sánchez (2007) que si bien es cierto que con el envejecimiento suceden muchas pérdidas, el enfoque del curso de vida desarrollo del ciclo vital indica que las ganancias que se obtienen compensan las perdidas. Está claro que existen cambios a nivel orgánico pero tales cambios tendrán incidencia en el desarrollo de las capacidades funcionales de la persona mayor en la medida que existan los mecanismos de adaptación y adecuación del entorno ante la necesidad del adulto mayor.

La OMS (2015, p.vii) considera que la diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida. Aunque a la larga la mayoría de las personas mayores experimentarán múltiples problemas de salud, la edad avanzada no implica dependencia. Además, contrariamente a lo que suele suponerse, el envejecimiento tiene mucha menos influencia en los gastos en atención de la salud que otros factores, como el alto costo de las nuevas tecnologías médicas.

También señala la OMS (2015, p.248) que el enfoque de curso de la vida es aquel que tiene en cuenta los procesos biológicos, conductuales y psicosociales subyacentes que operan en todo el curso de vida y que están determinados por las características individuales y el entorno en que se vive. Es probable que exista cierto grado de limitación producto de los cambios propios del envejecimiento como pérdida o disminución de la masa muscular, cambio en la composición química de los huesos, perdida de elasticidad en la piel, disminución de la producción de células en diferentes órganos y tejidos, todo depende del estilo de vida que haya tenido la persona; sin embargo, no es causa plena del mal funcionamiento renal y menos aún, justificativo para negar un trasplante renal en adultos mayores puesto que se ha evidenciado frente al grado de compatibilidad y adaptación que tiene ante este hecho clínico.

Para ello se recomienda no solo que la persona mayor pueda crear las condiciones necesarias a nivel personal y familiar para habilitar la posibilidad de trasplante renal y la familia promueva tal hecho, sino que se posibilite desde temprana las medidas necesarias que garanticen una buena vejez con mínimas oportunidades de dependencia.

De hecho, la OMS (2015, p.36) refiere que las intervenciones de salud pública dirigidas al segmento de la población que padece un deterioro de las capacidades requieren un enfoque diferente. En esta etapa, es posible que las enfermedades ya se hayan instalado, y los sistemas de salud en general no se entrarán en la prevención o la curación, sino en reducir al mínimo los efectos de estas afecciones en la capacidad general de la persona.

En el campo médico.

Entre enfermedades crónicas que afectan al adulto mayor, está la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), esta es considerada una patología sin expectativa de cura, de evolución rápida y progresiva, que desencadena diversas reacciones para los pacientes, además de comprometer la calidad de vida. se ha visto que la prevalecencia de la insuficiencia renal aumenta con la edad, de modo que más del 44,2% de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal son mayores de 60 años. La hemodiálisis es la técnica de depuración extracorpórea más utilizada en estos casos aunque se asocia generalmente a una peor calidad de vida.

El trasplante renal se pudiese considerar una alternativa terapéutica en pacientes mayores de 65 años con insuficiencia renal crónica terminal. Un estudio en España (del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia), avala el trasplante renal en personas mayores de 70 años, el mismo demuestra que, aunque los pacientes receptores mayores de 70 años presentaron mayor número de incompatibilidades, el rechazo agudo en el postrasplante inmediato fue menor en estos pacientes que en aquellos menores de 70 años, demostrando que el trasplante renal sí es una opción adecuada en pacientes de edad avanzada. Estos pacientes presentaron una supervivencia del injerto similar a la de los receptores más jóvenes que, lo constituye un tratamiento eficaz y seguro de la insuficiencia renal crónica con niveles adecuados de supervivencia del injerto y del paciente.

REFLEXIONES

Parece ser que existe poco interés por el asunto de trasplante de órgano en el adulto mayor, especialmente de tipo renal; lamentablemente cuando éstos son muy mayores y dependientes, genera en algunos profesionales de la salud como pacientes de segunda categoría, haciéndoles caer posiblemente en el peligro de recibir una asistencia de menor calidad.

Pueden presentarse formas de ageísmo bastante reconocidas, e incluso socialmente aceptadas, así como, ciertas modalidades de tratamientos como ingresos en cuidados intensivos, trasplantes de órganos, algunos tipos de intervenciones quirúrgicas, acceso a servicios de rehabilitación, uso de ciertos

procedimientos diagnósticos técnicamente sofisticados con frecuencia denegados a las personas adultas mayores por “motivo de la edad” de éste como paciente, por lo regular sin base científica para ello.

Otra forma de “ageismo” en el proceso de enfermedad de la persona adulta mayor consiste en culparlo de consumir un alto nivel de recursos sanitarios, atribuyéndole el incremento del gasto sanitario de las últimas décadas producto del envejecimiento poblacional que vivencian los países.

Está visto que, desde el principio de la medicina occidental, *Primum non nocere* o “primero no hacer daño”, ha guiado la práctica médica, por lo que es necesario hacer reflexión sobre la forma apropiada de manejar la relación profesional con el paciente adulto mayor, en la cual se presenta una variedad de dilemas éticos. El objetivo terapéutico no sólo debe buscar la reducción de la morbimortalidad, sino fundamentalmente la buena calidad de vida, no ofrecida con el tratamiento dialiitico, al ser rechazado de la lista para optar a u trasplante renal. Aquí se reafirma el principio de equidad y universalidad por el cual un anciano, por el sólo hecho de ser tal, no debe ser excluido de ninguna de las opciones diagnósticas ni terapéuticas que brinda la nefrología.

El hacerlo implica caer en el etarismo o discriminación en función de la edad, pero también, debe evitarse en esta población el caer en la futilidad o implementación de tratamientos que lejos de ayudar al paciente pueden sobre todo perjudicarlo. Los tratamientos fútiles son más un encarnizamiento terapéutico que un verdadero tratamiento médico, y avasallan dos principios fundamentales de la bioética: el de beneficencia (ayudar) y el de no maleficencia (no dañar). Es así como debemos unir esfuerzos ante las instancias públicas para lograr alcanzar este sueño como una realidad legal (Artículo 4 de la Ley de trasplantes de la República Bolivariana de Venezuela).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Árraga y Sánchez (2007) *Orientación gerontológica. Desarrollo humano y calidad de vida en la vejez.* Universidad del Zulia. Ediciones del Vicerrectorado Académico. Venezuela.

Barnes, P. W. y Lightsey, O. R. (2005). *Perceived Racist Discrimination, Coping, Stress, and Life Satisfaction.* Journal of Multicultural Counseling and Development, 33(1), 48–61. doi:10.1002/j.2161-1912.2005.tb00004.x.

Carracedo, A; Arias, E y Jiménez, C (2006 p.627) *Insuficiencia renal aguda. Tratado de Geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. y Conway, A. M. (2009). *Happiness un-packed: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience.* Emotion, 9(3), 361–368. doi:10.1037/a0015952.

Kutner, N. G., Brogan, D., Hall, W. D., Haber, M. y Daniels, D. S. (2000). *Functional impairment, de-pression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: A pro-spective study.* Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81(4), 453–459. doi:10.1053/mr.2000.3878.

Laborde, J. M. y Powers, M. J. (1980*). Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis*. Research in Nursing & Health, 3(1), 19–24. doi:10.1002/nur.4770030105.

López Mª A, Rodríguez B, Gómez E, Ortega F. *Evaluación de la calidad de vida relacionada con la Salud en enfermos en tratamiento con hemodiálisis periódica incluidos en lista de espera para TR*. En: Libro de comunicaciones del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona: HOSPAL; 2004. p. 277-280.

Macías (2002). *El riñón del anciano: morfología y función. Principales nefropatías.* En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I, editores. Manual de Geriatría. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2002. p. 399-412. (1).

Organización Mundial de la Salud (2015) *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* 1.Envejecimiento. 2.Esperanza de Vida. 3.Anciano. 4.Servicios de Salud para Ancianos. 5.Salud Global. 6.Dinámica de Población. 7.Prestación de Atención de Salud. I. Organización Mundial de la Salud. Estados Unidos de América. Disponible en URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=316B48195804854475EC90FA151E2C2A?sequence=1

Rivera, M (2016) *Calidad de vida en adultos mayores mexicanos con diabetes. Perfiles sobre Envejecimiento. Gerontología para la vida activa, una propuesta regional*. Vol II. Fondo Editorial Universidad Alas Peruana. Perú-México

Rodríguez, Mª y otros (2009). *Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años.* Revista de la Sociedad Española de Enferme y Nefrología 2009; 12 (1): 26/30. Departamento de Enfermería. Fundación Puigvert. Barcelona

Ruiz Mª J, Román M, Martín G, Alférez Mª J, Prieto D. *Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica*. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2003; 6(4): 222-232.

Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G. Parati, G. (2013). *How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease?* The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. Psychology & Health, 28(7), 765–783. doi:10.1080/08870446.2012.759223.