Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF

Marisa Torres H¹, Margarita Quezada V^{2a},
Reinaldo Rioseco H^{3b}, María Elena Ducci V^{4c}.

Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings

Background: In Chile, the government is providing basic dwellings to poor elderly subjects that do not have a place to live. These dwellings may be located in buildings or in condominiums. **Aim:** To assess the quality of life perception of elderly subjects whose dwellings are located in buildings or in condominiums. **Material and methods:** The brief version of the quality of life questionnaire designed for the elderly by the World Health Organization (WHOQoL-BREF) was applied to elderly subjects of seven poor communities of Metropolitan Santiago, that lived in basic dwellings located in buildings or condominiums. The questionnaire includes questions about physical, psychological, social relations and environment domains. **Results:** The questionnaire was answered by 124 elderly subjects aged 60 to 90 years, living in condominiums and 152 subjects aged 62 to 94 years, living in buildings. Satisfaction was of moderate or high level for physical, psychological and social relations domains. Those living in condominiums had a better satisfaction level in this last domain. The level of satisfaction of the environment domain was moderate and better for those living in condominiums. The perception of quality of life deteriorated along with age. **Conclusions:** Elderly subjects living in basic dwellings located in condominiums have a better quality of life perception than those living in buildings (Rev Méd Chile 2008; 136: 325-33). **(Key words:** Aged; Housing; Quality of life)

Recibido el 5 de enero, 2007. Aceptado el 25 de septiembre, 2007.

Trabajo parcialmente financiado por Proyecto Fondecyt #1.040.806; 2004.

¹Departamento de Salud Pública, Departamento de Laboratorios Clínicos, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Instituto de Geografía, Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política, Pontificia Universidad Católica de Chile. ⁴Instituto de Estudios Urbanos, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^aAsistente Social, Magíster en Educación

^bGeógrafo

^cArquitecta, Master en Arquitectura, Doctora en Urbanismo

Correspondencia a: Dra. Marisa Torres Hidalgo. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Fonos: 3543038-3546899. Fax: 3543446. E mail: marisa@med.puc.cl

Chile vive un proceso de envejecimiento poblacional acelerado¹, constituyendo los adultos mayores 11,24% de la población total². Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida (CV) y su percepción de ella. Por ello, estudios de percepción de CV son de interés para diferentes sectores sociales³⁻⁵. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones⁶.

Entre las variables de CV se encuentra la vivienda, que es concebida como un bien indispensable⁷. Otra variable de importancia es la pobreza. El adulto mayor pobre concentra factores que deterioran su CV como el envejecimiento fisiológico o patológico, la disminución de ingresos y los altos costos en salud. Si el adulto mayor además proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo, su red primaria de apoyo no podrá ofrecerle un espacio adecuado para vivir, pues generalmente vive en viviendas pequeñas, y de acogerlo, las relaciones familiares pueden tornarse conflictivas, debido a la heterogeneidad de necesidades.

Como parte de una política habitacional chilena, en 1984, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) creó un innovador Programa de Vivienda Básica, dirigido a adultos mayores de escasos recursos. El requisito de postulación es estar allegado o ser arrendatario y estar interesado en acceder a una vivienda básica en comodato o arrendamiento de bajo monto⁸. El programa entrega al beneficiario una vivienda social que puede ser de dos tipos: 1. vivienda básica en edificio o 2. vivienda en condominio. Ambos tipos están insertos en conjuntos habitacionales de sectores urbanos de pobreza, y fueron diseñadas para ser ocupadas por un máximo de dos personas⁹.

El objetivo del estudio fue conocer y comparar la percepción de CV de dos grupos de adultos mayores pobres beneficiarios de vivienda básica en edificio y de vivienda en condominio. El instrumento usado fue la encuesta WHOQoL-BREF, que mide percepción de CV.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en el que se compararon los dos grupos de adultos mayores beneficiados por los dos tipos de vivienda. En 1998 se inició el subprograma de vivienda en condominio, por lo que el universo en estudio lo constituyeron adultos mayores que ingresaron al programa entre 1998 y 2001. Los beneficiarios eran 155 de viviendas en condominio y 218 de viviendas básicas en edificio, ambos grupos provenientes de siete comunas de la Región Metropolitana (RM) (La Pintana, Colina, Puente Alto, Quilicura, Buin, Cerrillos y Maipú). El total de adultos mayores a estudiar era de 373 (universo), de los cuales se entrevistó a 74% (N =276).

Las viviendas en condominio y edificio miden aproximadamente 43 m² (entre 20 y 50 m²) y constan de un dormitorio, un baño y una sala de estar. Las de condominio están ubicadas en conjuntos habitacionales de 30 viviendas, delimitados por una reja y tienen espacios comunitarios. Las viviendas básicas en edificio están en el primer piso de edificios de cuatro pisos, donde los vecinos son familias de estratos socioeconómicos pobres.

Como instrumento de estudio se utilizó la encuesta de percepción de CV, WHOQoL-BREF (versión española para adulto mayor), patrocinada por el Grupo de CV de la OMS¹⁰. Se aplicó en una muestra piloto. Este instrumento consta de 26 preguntas, cada una con 5 categorías tipo Likert¹⁻⁵. El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de CV total, y puntajes para cada dominio: Dominio 1: Físico, Dominio 2: Psicológico, Dominio 3: Relaciones Sociales, Dominio 4: Ambiente (Tabla 1). Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, a mayor puntaje mejor es la calidad de vida. El centro WHOQoL España autorizó y facilitó el instrumento, proporcionando la clave de códigos y algoritmos de corrección (Centro de WHOQoL-BREF Barcelona, España). Este test ha demostrado tener buena validez discriminante de contenido y confiabilidad test-retest.

Se aplicó la encuesta a todos los beneficiarios en sus domicilios (octubre 2004). Los datos se procesaron en el *software* estadístico SPSS y se analizaron en términos de parámetros estadísticos descriptivos (media, frecuencia, distribución) para el conjunto de adultos mayores estudiados y para

Tabla 1. Instrumento WHOQoL-BREF

Ámbito	Preguntas
Preguntas Generales	¿Cómo calificaría su calidad de vida? ¿Cuán satisfecho está con su salud?
Dominio 1	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? ¿Cuánto necesita de un tratamiento médico para poder funcionar en la vida diaria? ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? ¿Se siente capaz de desplazarse de un lugar a otro? ¿Se siente satisfecho con su sueño? ¿Está usted satisfecho con sus posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria? ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?
Dominio 2	¿Cuánto disfruta la vida? ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido? ¿Cuál es su capacidad de concentración? ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? ¿Cuán satisfecho está de sí mismo? ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?
Dominio 3	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales? ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?
Dominio 4	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor? ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? ¿Cuán disponible tiene la información que necesita para su vida diaria? ¿Hasta qué punto tiene posibilidades de realizar actividades de recreación? ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? ¿Cuán satisfecho está con el acceso a servicios sanitarios? ¿Cuán satisfecho está con la movilización de su barrio?

los dos grupos. Para realizar la prueba de hipótesis se usaron pruebas estadísticas no paramétricas: Chi cuadrado y prueba de significación de medias. Se categorizó cada dominio en tres niveles de satisfacción (baja, media y alta).

RESULTADOS

Se estudiaron 276 adultos mayores, 124 de condominio (44,9%) y 152 de edificio (55,1%), de siete

comunas periféricas de la RM (Figura 1); los adultos mayores de condominio tenían en promedio 76 años (rango 60 a 90) y los de edificio 77 (rango 62 a 94) (Tabla 2). Predomina el sexo femenino, 70,5% en condominio y 77% en edificio. En promedio, llevaban cuatro años en su vivienda. Entre las principales razones de ingreso al programa mencionaron porque: “arrendaba”, “quería vivir solo”, “tenía problemas de convivencia”, “no tenía dónde vivir”. El ingreso promedio fue de \$73.700 mensuales, con un mínimo de

Figura 1. Distribución porcentual de vivienda de adultos mayores (condominio y edificio) de adultos mayores según comuna.

Tabla 2. Edad del adulto mayor entrevistado según tipo de vivienda

Tipo vivienda	Adultos mayores				
	N	Edad			
		Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
Condominio	123	61	90	76	5,55
Edificio	152	62	94	77	6,09
Total	275	61	94	76	5,88

\$30.000 (1 dólar =600 pesos, tercer trimestre 2004). Las nuevas viviendas estaban localizadas en siete comunas periféricas de Santiago, con población eminentemente urbana, tres con población rural. El porcentaje de población regional de ellas fluctúa entre 1,05% y 8,13%. Tienen una densidad poblacional que varía entre 99,7 habitantes/km² en Colina, hasta 6.660 y 68.687 habitantes/km² en las comunas de La Pintana y Puente Alto, respectivamente. Destaca el porcentaje de población pobre. Colina y La Pintana presentan los mayores porcentajes de pobres no indigentes con 19,3% y 19,7%, respectivamente, cifras sobre el promedio nacional (17,3%). La Pintana cuenta con 6,2% de pobres indigentes, cifra cercana al promedio nacional (6,4%).

Resultados WHOQoL-BREF. De un máximo de 5 puntos a ¿cómo calificaría su calidad de vida?, los adultos mayores de condominio alcanzaron 3,2 puntos y los de edificio 2,8. Para ¿cuán satisfecho está de su salud?, en condominio alcanzaron 2,9 puntos y los de edificio 2,6.

Dominio 1 (estado físico). La satisfacción se concentró en el nivel medio, 51% en condominio y 62% en edificio (Tabla 3). Treinta y cuatro coma siete por ciento de residentes de condominio declaró alta satisfacción y sólo 27,6% de residentes de edificio. Si se suman estas dos categorías, representan 86,3%, para condominio y 89,4% para edificio. Los asignatarios de los dos grupos se encontraban satisfechos en términos de salud física (diferencia no significativa).

Tabla 3. Percepción de calidad de vida de adultos mayores, según dominio y tipo de vivienda

Tipo de Dominio	Tipo de Vivienda	Baja		Percepción Media		Alta	
		N	%	N	%	N	%
D1	Condominio	17	13,7	64	51,6	43	34,7
Físico	Edificio	16	10,5	94	61,8	42	27,6
D2	Condominio	15	12,1	50	40,3	59	47,6
Psíquico	Edificio	13	8,6	87	57,6	51	33,8
D3	Condominio	21	17,5	42	35	57	47,5
Redes	Edificio	10	6,6	92	60,9	49	32,5
D 4	Condominio	14	11,3	85	68,5	25	20,2
Ambiente	Edificio	28	18,4	118	77,6	6	3,9

Dominio 2 (psicológico). La satisfacción se concentró en el nivel medio y alto. En condominio, 47,6% se ubicó en la categoría de alta satisfacción y 40,3% en categoría de satisfacción media, es decir 87,9% se ubicó en categorías media y alta. Esto es similar a los resultados del grupo que vivía en edificio, donde 57,6% se ubicó en la categoría media y 33,8% en categoría alta, es decir 91,4% de los adultos mayores percibían su CV en el aspecto psicológico en las categorías media y alta. Los adultos mayores de condominio percibían mejor su estado psicológico, lo que podría estar relacionado a que tienen contacto más cercano con otros adultos mayores, con los cuales pueden potenciar sus redes de apoyo (apoyo entre pares), en cambio los residentes de edificio viven insertos en barrios con personas de diferentes edades.

Dominio 3 (relaciones sociales). En el total de adultos mayores la satisfacción se ubicó en nivel medio (49,4%) y alto (39,1%). Según tipo de vivienda se observan diferencias, en condominio 35,0% alcanzó satisfacción media, y 47,5% alta, en cambio en edificio 60,9% media y en 32,5% alta. Se confirma asociación entre variables según test de chi cuadrado, por lo que se podría señalar que los residentes de condominio tienen una mejor percepción de sus relaciones sociales.

Dominio 4 (ambiente). En los beneficiarios de ambos tipos de vivienda la opinión se concentró en la categoría media, 68,5% en condominio y 77,6% en edificio. En la categoría “alta” se observó

una diferencia, en condominio, el porcentaje alcanzó 20,2% y en edificio 3,9%, existiendo asociación entre el tipo de vivienda y la satisfacción con el medio ambiente (test Chi cuadrado). Los resultados indican que el medio ambiente fue mejor valorado por las personas de condominio. Una explicación podría ser la inseguridad que provoca el medio ambiente a adultos mayores de edificio, por la heterogeneidad étnica de la población, con los consecuentes problemas sociales (violencia, drogadicción, alcoholismo), situación que no ocurre en condominio, donde el grupo de vecinos es homogéneo (sólo adultos mayores) y donde se encuentran separados de poblaciones vecinas por murallas o rejas.

Para los cuatro dominios (D1, D2, D3, D4). El total de adultos mayores estudiado se sentía satisfecho con su CV; satisfacción: media (74,8%); alta 20% y baja 5,2% (Tabla 4). Del total de beneficiarios estaban altamente satisfechos 68,5% en condominio, y 31,5% en edificio (Figura 2).

Sobre lo que más les gusta de la vivienda destacaron opiniones como: el “baño propio” (C) y el “dormitorio” (E). Las pérdidas identificadas con el traslado desde su antigua vivienda fueron: el espacio de la vivienda y el entorno.

Respecto a las relaciones sociales, en ambos grupos, los hijos y otros familiares constituían el círculo principal de relaciones personales (63%). Manifestaron que los familiares no los visitaban en su nueva casa, ya que viven distantes y necesitan tomar locomoción colectiva para trasladarse lo

**Tabla 4. Percepción de calidad de vida según WHOQoL-BREF.
Adultos mayores totales según tipo de vivienda**

Grado de satisfacción	Tipo de Vivienda					
	Condominio		Edificio		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	8	6,7	6	4,0	14	5,2
Medio	75	62,5	127	84,7	202	74,8
Superior	37	30,8	17	11,3	54	20
Total	120	100	150	100	270	100

Figura 2. Percepción de calidad de vida según dominio en total de adultos mayores.

que genera gastos que no siempre pueden asumir. A nivel de redes institucionales, se vinculaban con servicios de salud (86,6%), iglesias (65,9%) y organizaciones de adultos mayores (65,3%). El aporte que recibían de redes sociales estaba constituido principalmente por: medicamentos, compañía, afecto, consuelo, conversación. En cuanto al medio ambiente, aunque reconocen que sus viviendas están localizadas en sectores poblacionales inseguros (periferia de la ciudad), lo percibían como favorable, siendo mejor valorado por los adultos mayores de condominio.

Según grupo etáreo. Al valorar la percepción de CV de los adultos mayores según grupo etáreo (60-74; 75-84, y 85 y más años), se observó en los

cuatro dominios, que a mayor edad la percepción de CV fue más baja o fue menor, esto podría estar influido por el incremento de limitaciones físicas y psicológicas que se van produciendo a medida que avanzan los años (Figura 3).

Como comentarios relevantes relacionados con su calidad de vida, se presentaron en relación a:

D1 aspectos físicos. “Tengo dolores a las rodillas, eso hace que me deprima un poco” (E) (E =vivienda en edificio; C =vivienda en condominio). “No me puedo mover porque tengo la cadera quebrada” (E). “Me siento triste, sola, y enferma de la vista” (E).

D2 aspectos psíquicos: “Nunca me había encontrado con un programa tan bonito”(C). Preocupación

Figura 3. Percepción de calidad de vida (según dominio): adultos mayores totales según grupo etéreo.

de ayudar a la familia: “Siento desesperanza porque mi hija no tiene casa” (C). “Siento tristeza por mi madre de 89 años está enferma, quiero trasladarme cerca de ella para cuidarla” (E). “Hace un mes que no sé de mi hijo, eso me tiene muy triste y preocupada” (E). Algunos refieren sentimientos depresivos: “A mí no me sirve para nada esto, ya que estoy para la tumba” (C). Se repite como problema la escasez de recursos económicos: “Tengo que empezar a pagar, y no me alcanza la plata” (C); destaca la presencia de problemas de salud mental serios en algunos de ellos incluso llamaba la atención el caso de un adulto mayor que permanecía en cama, y mantenía insalubre su vivienda (E).

D3 redes. Algunos estaban felices por este programa: “Que bueno que se tomen en cuenta los ancianos” (E). “Fueron siete años de espera para esta vivienda, cuando había perdido la esperanza me llegó, estoy muy agradecida del gobierno por acordarse de los ancianos. Que el Señor los bendiga y que muchos ancianos lo puedan disfrutar” (E). Otros perciben la falta de redes de apoyo: “Me siento capaz e interesada de hacer cosas artísticas, pero tengo pocas posibilidades de acceder a un curso” (E). “Me siento sola quisiera vivir más en familia” (E). “El Servicio de Vivienda y Urbanismo entrega las casas, pero no se preocupa

de visitar a los abuelos, no recibo visitas de familiares, me siento sola, poco querida. Mis hijos no me llaman ni para el año nuevo” (C). “Me alegro que estén haciendo esto porque se dan cuenta cómo vivimos, cómo es el ambiente y qué problemas tenemos” (C).

D4 ambiente. Existe mayor satisfacción por la vivienda que por el barrio: “Toda mi casa es muy buena, estoy feliz pues hago lo que quiero” (E). “Me siento tranquila en este barrio” (C). “Quiero que me saquen de aquí, porque me siento inseguro, he tenido que llamar muchas veces a carabineros, y me siento amenazado por la gente. Estoy con protección policial” (E). “Los vecinos de arriba, molestan mucho de día y de noche (hacen ruido)” (E). “Yo necesito cambiarme de casa porque me tiran papeles encendidos por debajo de la puerta” (E). “Los adultos mayores hemos sufrido agresiones verbales, no tienen consideración con la tranquilidad que necesitamos para vivir dignamente” (E). “Hay vecinos escandalosos que ponen la música muy fuerte” (E).

DISCUSIÓN

En este estudio se pudo establecer que los beneficiarios de vivienda en condominio tenían

mejor percepción de CV, por lo que se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la alternativa (H1) que señala que la percepción de calidad de vida es mejor en los adultos mayores de condominio.

En el análisis comparativo según dominio, la diferencia fue estadísticamente significativa para los dominios D3 y D4¹¹, dominios más relacionados con el medio ambiente. En D1 y D2 no hubo diferencias significativas entre los grupos, lo que puede estar relacionado con que presentaban características sociodemográficas similares¹².

La vivienda en condominio es percibida como un espacio más protegido que la vivienda en edificio. Ambos tipos de viviendas se encuentran en zonas periféricas pobres de la RM. En condominio, el adulto mayor puede generar nuevos vínculos con vecinos de edades similares. Estos adultos mayores constituyen cohortes etáreas con intereses, cultura e historia similares, lo que condiciona sus dinámicas relacionales^{13,14}.

La edad influyó en la percepción de CV, aspecto de gran trascendencia para el programa, pues estas cohortes irán envejeciendo¹⁵, y serán cada vez más vulnerables, requiriendo mayor

apoyo familiar e institucional. La violencia ambiental que se vive en sectores urbanos de pobreza genera estrés en el adulto mayor¹⁶. El traslado de vivienda y barrio del adulto mayor debería cautelar la mantención de redes de apoyo y la generación de nuevas. Es necesario que el adulto mayor se sienta parte de la sociedad y de la ciudad^{17,18}.

Los adultos mayores estudiados se encuentran satisfechos con sus viviendas, han logrado resolver el problema de infraestructura y urbanización. Dado que el desarrollo urbano es propio de un lugar, de un tiempo y de una comunidad específica, tanto la generación de políticas públicas y de proyectos en esta área deberían estudiar las necesidades de las comunidades beneficiarias²²⁻²⁷. El WHOQoL-BREF, utilizado por primera vez en Chile, fue fácil de usar, confirmando publicaciones anteriores¹⁹⁻²¹.

Agradecimientos

Agradecimientos a Dra. Ramona Lucas. Centro WHOQoL Barcelona España por su apoyo, y colaboración.

REFERENCIAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas, Boletín Envejecimiento y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Enero 2005.
2. Gobierno de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas (INE) Enfoques Estadísticos del Adulto Mayor. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas, 28 Agosto 2000.
3. BROD M, STEWARD A, SANDS L, WALTON P. Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DqoL). *Gerontologist* 1999; 39: 1: 25-35.
4. EPSTEIN R, DEVERKA P, CHUTE C, PANSER L, OESTERLING J, LIEBER M ET AL. Validation of a new quality of life questionnaire for benign prostatic hyperplasia. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1431-45.
5. ALBALA C, MARÍN P, VÍO F, GARCÍA C. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Interamericano del Desarrollo (BID), Instituto Nacional de Tecnología de los Alimentos (INTA), Encuesta SABE Chile, Salud, bienestar y envejecimiento en la Región Metropolitana 2004.
6. THE WHOQoL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The Whoqol) In: Orley J, Kuyken W, editor. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg. Springer Verlag. 1994.
7. Gobierno de Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. El adulto mayor y las condiciones de vivienda 17 Octubre 2003.
8. MORENO L. Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza. Propuestas para la futura Política Social, Santiago 1999.
9. Gobierno de Chile. Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Decreto Supremo. Nº 62 (Título VI, artículos 27 y 28, Marzo 2002).
10. THE WHOQoL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQoL):

- development and general psychometric properties, 1998. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569-85.
11. GREINER KA, KAWACHI I, HUNT DC, AHLUWALLA JS. The relationships of social participation and community rating to health and health behaviors in areas with high and low population density. *Soc Sci Med* 2004; 59: 2303-12.
12. KAWACHI I, DANIELS N, ROBINSON DE. Health disparities by race and class: why both matter. *Health Aff* (Millwood) 2005; 24: 343-52.
13. WHOQoL SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of Life. *Social Science and Medicine* 2006; 62: 1486-97.
14. REDONDO N. *Ancianidad y pobreza, una investigación en sectores populares urbanos CEPEV Centro de Promoción y Estudios de la Vejez*. Editorial Humanitas, 1990.
15. PIÑA MORÁN M. *Gerontología Social Aplicada: Visiones estratégicas para el trabajo social*. Editorial Espacio Buenos Aires, 2004.
16. BARROS C, FORTITES A, HERRERA S. Situaciones estresantes que afectan al adulto mayor y formas de enfrentarlas. *Revista de Trabajo Social* 2003; 72: 161-7.
17. CHADI M. *Redes Sociales en el Trabajo Social*, Editorial Espacio Buenos Aires 2000.
18. HIDALGO R. La vivienda social en Chile: la acción del Estado, un siglo de planes y programas. *Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona 1999; 45 (1).
19. FLECK M, BORGES Z, BOLOGNESI, ROCHA NS. Desenvolvimento do WHOQoL, modulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saude Pública* 2003; 37 Nº 4.
20. FLECK M, CHACHAMOVICH E, TRENTINI C. Proyecto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saude Pública* 2003; 37: 6.
21. BARROS DA SILVA LIMA A, FLECO M, PECHANSKY F, BONI R, SUKOP P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res* 2005; 14: 474-8.
22. CHOU S, BOLDY D, LEE A. Factors influencing residents satisfaction in residential aged care. *Gerontologist* 2003; 43: 459-72.
23. MOR V, BERG K, ANGELINI J, GIFFORD D, MORRIS J, MOORE T. The Quality of Quality measurement in U.S. Nursing Homes The Gerontologist 2003; 43, Special Issue II 37-46.
24. KIRCHNER A. *La gestión de los saberes sociales*. Editorial Espacio, Argentina 1997.
25. WEIL A. ¿Qué es urbanismo? Una reflexión sobre el arte y la responsabilidad de hacer ciudad. En Tupper P, *Hacer ciudad*. Centro Chileno de Urbanismo, 2004.
26. DE MATTOS C, DUCCI ME, RODRÍGUEZ A. Santiago en la globalización: ¿una nueva ciudad? *Eure* 2004; 30; 91, 111-20.
27. KENDIG H. Directions in Environmental Gerontology: a multidisciplinary field. *The Gerontologist* 2003; 43: 611-5.