

## Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores

*Perception of health status and quality of life among young, mature and older adults*

Angélica María Razo González,\* Ricardo Díaz Castillo,\*\* Martha Patricia López González\*\*

### RESUMEN

**Introducción:** La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que suele contener una gran parte de percepción subjetiva. Existen factores que pueden tener alguna influencia en tal percepción como la apreciación del estado de salud o la presencia de enfermedades como obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. **Objetivo:** Identificar la relación que existe entre percepción del estado de salud, surgimiento de enfermedades y calidad de vida y su relación de acuerdo con la edad del sujeto. **Método:** Se realizó un estudio transversal comparativo. Se comparó la percepción de calidad de vida en función de la percepción de la propia salud y la presencia de enfermedades. Se incluyeron 221 personas de entre 18 y 88 años de edad. Los participantes fueron categorizados por grupos de edad, se contó con un total de 96 adultos jóvenes (de 18 a 29 años de edad), 32 adultos maduros (de 30 a 59 años de edad), y 93 adultos mayores (60 años y más). Para evaluar la percepción de calidad de vida se utilizó el instrumento *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)*. **Resultados:** La calidad de vida difiere significativamente en función de la percepción de salud, la presencia de enfermedades y el grupo de edad. Las personas mayores con mala percepción de salud y con enfermedades tienen peor calidad de vida, en comparación con las personas jóvenes, sin enfermedades y con buena percepción de salud. **Conclusiones:** Los modelos tradicionales de calidad de vida, basados en aspectos físicos, están rebasados para su aplicación en adultos mayores. Es importante considerar modelos teóricos que hagan hincapié en aspectos psicológicos.

**Palabras clave:** Calidad de vida, estado de salud, grupos de edad.

### ABSTRACT

**Introduction:** Quality of life is a complex and multidimensional concept that usually contains a large part of subjective perception. There are factors that may have some influence on such perception, such as the appreciation of the state of health or the presence of diseases such as obesity, type II diabetes mellitus and arterial hypertension. **Objective:** To identify the relationship between perception of health status, presence of diseases and quality of life and their relationship according to the subject's age. **Method:** A cross-sectional comparative study was carried out. The perception of quality of life was compared according to the perception of one's own health and the presence of diseases. We included 221 people between 18 and 88 years of age. Participants were categorized by age groups, with 96 young adults (18 to 29 years of age); 32 mature adults (30 to 59 years old); and 93 older adults (60 and over). To assess the perception of quality of life, the World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) instrument was used. **Results:** The quality of life differs significantly depending on the perception of health, the presence of diseases and the age group. Older people with poor health perception and with the presence of diseases perceive a worse quality of life, compared to young people, without diseases and with a good perception of health. **Conclusions:** The traditional models of quality of life based on physical aspects are exceeded for their application with older adults, it is important to consider theoretical models that emphasize psychological aspects.

**Key words:** Quality of life, health condition, age groups.

\* Profesora de tiempo completo.

\*\* Profesor de Asignatura.

Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.

**Correspondencia:**

AMRG, anrago63@hotmail.com

**Conflicto de intereses:**

Los autores declaran que no tienen.

**Citar como:** Razo GAM, Díaz CR, López GMP.

*Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores.*

Rev CONAMED 2018; 23(2): 58-65.

Recibido: 16/11/2017.

Aceptado: 28/02/2018.

## INTRODUCCIÓN

La palabra salud proviene del latín *salus*, es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser considerado a nivel subjetivo u objetivo. El término «salud» se contrapone al de «enfermedad» y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) «es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».<sup>1</sup> Desde sus orígenes, el concepto no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá al considerarlo como un estado integral de los seres humanos.

El concepto de salud general está formado por cuatro áreas: física, que debe entenderse como un óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con el cuerpo; mental, se refiere a la forma en que manejamos nuestra vida diaria y la forma en que nos relacionamos con los demás en distintos ambientes (escuela, familia, amigos, etc.), también tiene que ver con la manera en que equilibramos nuestros deseos, habilidades, ideales, valores, etc.; emocional, el manejo responsable de los sentimientos, pensamientos y comportamientos; y espiritual, que implica la reflexión en nuestras creencias.

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. Es subjetiva, ya que las reacciones ante un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectiva porque es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; temporal, puesto que es un fenómeno a corto plazo. Así, el estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud de la población y aporta una primera aproximación de la satisfacción vital del individuo.<sup>2</sup>

Los indicadores sociales para medir la salud se refieren al modo de interactuar con otras personas y con las instituciones sociales. Las redes y el apoyo social son factores importantes para atenuar situaciones de estrés, así como la incidencia de la enfermedad tanto física como mental. La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quienes

perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud en la forma en que lo hacen. Para Antonio Abellán «la autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, incluso más que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas».<sup>3</sup>

Un estudio del Dr. Shervin Assari de la Universidad de Michigan<sup>4</sup> establece que la percepción de la salud no es universal. Encontró que en la mayoría de los países, los pobres, los solteros y las mujeres se sienten menos saludables que otros. Para el investigador del estudio, la razón puede estar influenciada por factores culturales de cada país. Assari et al.<sup>4</sup> analizaron información de más de 44,000 individuos seleccionados de 15 países de América del Norte, América del Sur, Asia y África y estudiaron los complejos vínculos entre los datos demográficos, estado socioeconómico, enfermedades médicas y autopercepción de la salud. Concluyeron que la percepción de la propia salud puede estar influenciada por factores como los ingresos, el estado civil, el sexo y la presencia de enfermedades. El tema es muy importante, pues la percepción del individuo de su salud puede influir en la calidad de vida, así como en la mortalidad.

Respecto a la calidad de vida, es un constructo para la investigación al que varios autores le han ido agregando diferentes componentes y nuevos enfoques.<sup>5-7</sup> En todo caso, muchos trabajos remiten la evaluación de la calidad de vida a las áreas de salud y bienestar material. Para algunos autores, la salud y la ausencia de limitaciones son parámetros importantes a considerar para lograr una buena calidad de vida.<sup>8</sup> Autores como Ardilla et al.<sup>9</sup> han trabajado en favor de una definición integradora del constructo, con la finalidad de apoyar una evaluación más completa que debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, es decir, que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales. Es una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno. Es así como se ha llegado a considerar

que la calidad de vida incluye factores objetivos y medibles, pero también factores subjetivos que dependen de la percepción de las personas y, por tanto, más complejos de comprender.

Razo, Díaz, Morales y Cerda revisaron el concepto de calidad de vida y señalan que es un concepto multidimensional, que incluye cuestiones como situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otros parámetros, por lo que concluyen que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar, que puede ser experimentada por los individuos y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas que incluyen todos los aspectos de su vida.<sup>10</sup>

Desde 1995 la OMS definió la calidad de vida como la «percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses».<sup>11</sup> Y con la finalidad de medir la calidad de vida, la OMS diseñó un instrumento para describir la percepción de las personas sobre su calidad de vida en un momento determinado. Es necesario considerar que el WHO-QoL no es el único instrumento que intenta medir la calidad de vida, pero sí el más validado y reconocido a nivel internacional.<sup>11</sup>

En suma, al ser la calidad de vida una cuestión de percepción subjetiva, puede verse influenciada por la percepción del estado de salud o la aparición de enfermedades, razón por la que el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre percepción del estado de salud, presencia de enfermedades y calidad de vida, así como las diferencias por grupos de edad.

## METODOLOGÍA

### Participantes

Se incluyó un total de 221 personas entre 18 y 88 años de edad. Específicamente fueron más mujeres (n = 163; 73.8%) que hombres (n = 58; 26.2%). Los sujetos fueron categorizados por grupos de edad, de esa manera participaron 96 adultos jóvenes (de 18 a 29 años; 43.4%), 32 adultos maduros (de 30 a 59 años; 14.5%) y 93 adultos mayores (60 años y más; 42.1%). En la *tabla 1* se muestran los datos

sociodemográficos de los participantes respecto a su edad, estado civil, escolaridad, percepción de salud y presencia de enfermedades.

### Instrumento

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para identificar las variables sociodemográficas y las cuestiones sobre la percepción del estado de salud de los participantes, así como de la presencia de obesidad, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Para evaluar la percepción de calidad de vida se utilizó el *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL), elaborado por la OMS.<sup>11</sup> Consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Las puntuaciones mayores indican que hay mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. El instrumento ha sido validado tanto en adultos<sup>12</sup> como en adultos mayores mexicanos,<sup>13,14</sup> incluso se ha documentado a través de una revisión<sup>15,16</sup> que es uno de los instrumentos para evaluar la calidad de vida a nivel mundial, por lo que podría considerarse un estándar de oro. En el presente estudio se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.89.

### Procedimiento

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec (UNEVE) como parte de la línea de investigación «Envejecimiento, calidad y sentido de vida». Los sujetos que decidieron participar de forma voluntaria firmaron la carta de consentimiento informado. Se especificó que los datos proporcionados serían anónimos y utilizados para fines de investigación. Al finalizar la recolección de datos se introdujo la información en el paquete estadístico para ciencias sociales (SSPS versión 25), donde fueron analizados los datos, obteniendo análisis de distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo con el nivel de medición de las variables estudiadas. Respecto a las pruebas estadísticas, si las variables estudiadas tenían una distribución normal, se

realizó una prueba de t de Student y ANOVA de una vía para comparar medias, y si no presentaban una distribución normal, se efectuó la prueba de U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para comparar medianas. Se consideró diferencia estadísticamente significativa  $p \leq 0.05$ .

## RESULTADOS

Considerando las variables categóricas, percepción del estado de salud y presencia-ausencia de enfermedades, se comparó la percepción de calidad de vida en función de dichas variables, en razón tanto de la

**Tabla 1. Características basales de los sujetos.**

|                                  | Adultos jóvenes<br>(n = 96) | Adultos maduros<br>(n = 32) | Adultos mayores<br>(n = 93) | Valor p |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------|
| Edad (años, media, DE)           | 20.8 ± 2.08                 | 50.44 ± 8.6                 | 68.2 ± 6.3                  | < 0.01* |
| Sexo n, (%)                      |                             |                             |                             |         |
| Mujeres                          | 70 (73%)                    | 21 (66%)                    | 72 (77%)                    | 0.4     |
| Hombres                          | 26 (27%)                    | 11 (34%)                    | 21 (23%)                    |         |
| Estado civil n, (%)              |                             |                             |                             |         |
| Soltero                          | 91 (95%)                    | 3 (10%)                     | 18 (20%)                    | < 0.01  |
| Casado                           | 0 (0%)                      | 10 (31%)                    | 38 (41%)                    |         |
| Unión libre                      | 5 (5%)                      | 9 (28%)                     | 4 (4%)                      |         |
| Divorciado                       | 0 (0%)                      | 8 (25%)                     | 5 (5%)                      |         |
| Viudo                            | 0 (0%)                      | 2 (6%)                      | 28 (30%)                    |         |
| Escolaridad n, (%)               |                             |                             |                             |         |
| Sin estudios                     | 0 (0%)                      | 2 (6%)                      | 3 (3%)                      | < 0.01  |
| Primaria                         | 3 (3%)                      | 8 (25%)                     | 48 (52%)                    |         |
| Secundaria                       | 4 (4%)                      | 8 (25%)                     | 18 (19%)                    |         |
| Preparatoria                     | 42 (44%)                    | 7 (22%)                     | 14 (15%)                    |         |
| Universidad                      | 47 (49%)                    | 5 (16%)                     | 7 (8%)                      |         |
| Postgrado                        | 0 (0%)                      | 2 (6%)                      | 3 (3%)                      |         |
| Percepción de salud n, (%)       |                             |                             |                             |         |
| Muy buena                        | 30 (31%)                    | 1 (3%)                      | 6 (7%)                      | < 0.01  |
| Buena                            | 47 (49%)                    | 20 (63%)                    | 39 (42%)                    |         |
| Regular                          | 17 (18%)                    | 9 (28%)                     | 42 (44%)                    |         |
| Mala                             | 2 (2%)                      | 2 (6%)                      | 6 (7%)                      |         |
| Presencia de hipertensión n, (%) |                             |                             |                             |         |
| Sí                               | 2 (2%)                      | 20 (62%)                    | 34 (37%)                    | < 0.01  |
| No                               | 94 (98%)                    | 12 (38%)                    | 59 (63%)                    |         |
| Presencia de diabetes n, (%)     |                             |                             |                             |         |
| Sí                               | 2 (2%)                      | 13 (41%)                    | 40 (43%)                    | < 0.01  |
| No                               | 94 (98%)                    | 19 (59%)                    | 53 (57%)                    |         |
| Presencia de obesidad n, (%)     |                             |                             |                             |         |
| Sí                               | 10 (10%)                    | 6 (19%)                     | 21 (23%)                    | 0.08    |
| No                               | 86 (90%)                    | 26 (81%)                    | 72 (77%)                    |         |
| Número de enfermedades n, (%)    |                             |                             |                             |         |
| Ninguna enfermedad               | 84 (88%)                    | 7 (22%)                     | 30 (32%)                    | < 0.01  |
| Una enfermedad                   | 10 (10%)                    | 13 (41%)                    | 37 (40%)                    |         |
| Dos enfermedades                 | 2 (2%)                      | 10 (31%)                    | 20 (21%)                    |         |
| Tres enfermedades                | 0 (0%)                      | 2 (6%)                      | 6 (7%)                      |         |

\* = prueba de ANOVA de una vía; DE = desviación estándar.

muestra total como por grupos etarios. En este sentido, los resultados generales señalan que en la medida en que se percibe un mejor estado de salud, también se percibe una mejor calidad de vida (Tabla 2).

Lo anterior sucede tanto en la muestra general como en los grupos de adultos jóvenes y adultos mayores, no así en el grupo de adultos maduros. Como se describe en la tabla 2, todas las dimensiones de la calidad de vida del WHOQoL carecen de significancia estadística en el grupo de adultos maduros.

Al comparar la calidad de vida en función de la presencia-ausencia de enfermedades, se observó que la hipertensión arterial afecta la calidad de vida

general, así como las dimensiones física, social y medioambiental, sin significancia estadística para la dimensión psicológica (Tabla 3). Sin embargo, al analizar los resultados por grupos de edad, se encontró que esta afectación se da particularmente en el grupo de adultos jóvenes, no así en los maduros, ni en los mayores, lo que hace suponer que la hipertensión arterial afecta más la percepción de la calidad de vida cuando aparece en edades jóvenes.

En el caso de la obesidad, al comparar la calidad de vida en función de su presencia-ausencia, se detectó que aquellas personas sin obesidad perciben una mejor calidad de vida general, así como en las

**Tabla 2.** Comparación de calidad de vida en función de la percepción del estado de salud.

|                   | Muy buena Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 37 | Buena Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 106 | Regular Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 68 | Mala Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 10 | Valor p |
|-------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------|
| WHOQoL            | 108<br>(99.5-114.5)                    | 95<br>(89-101.2)                    | 87.5<br>(81-95)                      | 82.5<br>(73.7-90.7)               | < 0.01  |
| CV Física         | 30<br>(28-33)                          | 27<br>(25-29)                       | 24<br>(21-27)                        | 25<br>(17.7-27.2)                 | < 0.01  |
| CV Psicológica    | 25<br>(23-26)                          | 23<br>(21-24)                       | 22<br>(19-23.7)                      | 20<br>(16-21.7)                   | < 0.01  |
| CV Social         | 13.00<br>(11-15)                       | 11.5<br>(10-12)                     | 10<br>(9-12)                         | 9<br>(7.75-10)                    | < 0.01  |
| CV Medioambiental | 30<br>(26.5-35)                        | 27<br>(24-30)                       | 26<br>(23-28)                        | 25<br>(20-28.2)                   | < 0.01  |

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; Q1-Q3: rango intercuartílico.

**Tabla 3.** Comparación de calidad de vida en función de la presencia-ausencia de hipertensión arterial.

|                   | Con hipertensión<br>Media (DE)<br>n = 56 | Sin hipertensión<br>Media (DE)<br>n = 165 | Valor p |
|-------------------|--|---|---------|
| WHOQoL            | 89.3 ± 11.8                              | 95.7 ± 13.2                               | < 0.01  |
| CV Física         | 24.3 ± 4.0                               | 27.0 ± 4.3                                | < 0.01  |
| CV Psicológica    | 22.0 ± 3.3                               | 22.4 ± 3.4                                | 0.5     |
| CV Social         | 10.3 ± 2.1                               | 11.3 ± 2.5                                | 0.05    |
| CV Medioambiental | 25.6 ± 4.7                               | 27.5 ± 4.9                                | 0.05    |

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; DE = desviación estándar.

**Tabla 4.** Comparación de calidad de vida en función de la presencia-ausencia de obesidad.

|                   | Con obesidad<br>Media (DE)<br>n = 37 | Sin obesidad<br>Media (DE)<br>n = 184 | Valor p |
|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------|
| WHOQoL            | 89.43 ± 3.6                          | 95.0 ± 12.9                           | 0.05    |
| CV Física         | 25.0 ± 4.3                           | 26.58 ± 4.4                           | 0.06    |
| CV Psicológica    | 21.0 ± 4.0                           | 22.63 ± 3.2                           | < 0.01  |
| CV Social         | 10.2 ± 2.3                           | 11.2 ± 2.5                            | 0.05    |
| CV Medioambiental | 26.1 ± 5.4                           | 27.19 ± 4.8                           | 0.2     |

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; DE = desviación estándar.

dimensiones física, psicológica y social; no obstante, la mayor significancia estadística se encuentra en la dimensión psicológica (Tabla 4). Al analizar las diferencias por grupos etarios, se evidenció que éstas aparecen particularmente en la muestra de jóvenes, lo cual sugiere que la obesidad no afecta la calidad de vida de los adultos maduros, ni de los adultos mayores.

Al comparar la calidad de vida en función de la presencia-ausencia de diabetes mellitus tipo II, se encontró que las personas sin la enfermedad perciben mejor calidad de vida general (Tabla 5). Sin

**Tabla 5.** Comparación de calidad de vida en función de la presencia-ausencia de diabetes mellitus tipo II.

|                   | Con diabetes<br>Media (DE)<br>n = 55 | Sin diabetes<br>Media (DE)<br>n = 166 | Valor p |
|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------|
| WHOQoL            | 88.9 ± 13.9                          | 95.8 ± 12.5                           | < 0.01  |
| CV Física         | 23.9 ± 4.6                           | 27.1 ± 4.0                            | < 0.01  |
| CV Psicológica    | 22.3 ± 3.3                           | 22.4 ± 3.8                            | 0.9     |
| CV Social         | 9.7 ± 2.5                            | 11.5 ± 2.4                            | < 0.01  |
| CV Medioambiental | 26.1 ± 5.0                           | 27.3 ± 4.9                            | 0.1     |

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; DE = desviación estándar.

embargo, al analizar por grupos etarios, se observó que la diabetes mellitus tipo II afecta específicamente la calidad de vida de los adultos mayores, no así en los jóvenes ni en los maduros.

Finalmente, se realizó un análisis de las diferencias para comparar la percepción de la calidad de vida en función del número de enfermedades que se padecen, el cual reveló que, a medida que incrementa el número de enfermedades, se reduce la percepción de la calidad de vida; es decir, la percepción de la calidad de vida a nivel global, físico y social son menores si existen más enfermedades, pero la percepción psicológica es un poco más estable, es decir, cambia muy poco teniendo una, dos o tres enfermedades. En cambio, la dimensión ambiental, que tiene que ver con la accesibilidad y la infraestructura de servicios, parece no tener mucha relación con el número de enfermedades que se tienen (Tabla 6).

## DISCUSIÓN

La OMS<sup>11</sup> señala que la calidad de vida es la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Asimismo, de manera operacional la calidad de vida estaría dividida en aspectos físicos, psicológicos, sociales y medioambientales.

**Tabla 6.** Comparación de calidad de vida en función del número de enfermedades.

|                   | Ninguna enfermedad<br>Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 121 | Una enfermedad<br>Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 60 | Dos enfermedades<br>Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 32 | Tres enfermedades<br>Mediana<br>(Q1-Q3)<br>n = 8 | Valor p |
|-------------------|---|--|--|--|---------|
| WHOQoL            | 97<br>(88.5-106)                                    | 90<br>(84-100)                                 | 89.5<br>(83.25-95)                               | 87<br>(75-101.5)                                 | < 0.01  |
| CV Física         | 28<br>(25-30)                                       | 26<br>(23-28)                                  | 25<br>(22.5-24.7)                                | 22.5<br>(20.2-25.7)                              | < 0.01  |
| CV Psicológica    | 22<br>(20-24)                                       | 22.5<br>(21-24.7)                              | 22.5<br>(20-24.7)                                | 21<br>(16-25.5)                                  | 0.9     |
| CV Social         | 12<br>(10.5-13)                                     | 10<br>(9-12)                                   | 10<br>(9-11)                                     | 9.5<br>(7.5-11.7)                                | < 0.01  |
| CV Medioambiental | 27.5<br>(24-31)                                     | 26<br>(23.2-30)                                | 25.5<br>(22.5-29)                                | 26.5<br>(22.5-32.5)                              | 0.09    |

WHOQoL = cuestionario de calidad de vida de la OMS; CV = calidad de vida; Q1-Q3 = rango intercuartílico.

Considerando lo anterior, es de esperarse que la percepción de la calidad con la que se vive sea diferente, de acuerdo con las condiciones de vida o la etapa vital en la que se encuentra el individuo, ya que la posición en la vida y las expectativas de la misma pueden variar con el transcurso del tiempo y por la vida misma.

La presente investigación reveló que la percepción de la calidad de vida se ve afectada por la propia percepción de la salud, pero también por la aparición de enfermedades, y esto varía de manera particular dependiendo del grupo etario. De esta manera, los resultados sugieren que, en la medida en que se tienen más años y más enfermedades, hay una peor percepción del estado de salud y de la calidad de vida; sin embargo, esto ocurre particularmente en los aspectos físicos y sociales.

Es importante mencionar que, aunque se trabajó con muestras de jóvenes y adultos maduros, esta investigación está particularmente enfocada en el estudio la población adulta mayor. Ahora bien, considerando la calidad de vida específicamente en esta población, es más conveniente retomar otros modelos teóricos que no hagan énfasis en los aspectos físicos,<sup>15,17,18</sup> dado que ya se ha observado que invariablemente éstos se verán afectados, como ha sido documentado por Sprangers y Schwartz,<sup>19</sup> quienes señalan que un deterioro del estado de salud conduciría a una disminución en la calidad de vida. En este sentido, la presente investigación documentó que la disminución del estado de salud no necesariamente afecta los aspectos psicológicos de la calidad de vida, ya que se observó cierta estabilidad independientemente de la percepción del estado de salud, la presencia de enfermedades y la edad. De acuerdo con los autores señalados,<sup>19</sup> esto puede deberse al afrontamiento exitoso ante las adversidades, en este caso las enfermedades.

Por lo anterior, es importante considerar más cuidadosamente los aspectos psicológicos de la calidad de vida, ya que éstos pueden ser los que fomenten los recursos necesarios para llevar una vida con calidad, aunque se presenten enfermedades. En este sentido, Cancino, González, Gallardo y Estrada<sup>20</sup> probaron empíricamente un modelo construido a partir de los datos de la población general, en él documentaron la importancia de los aspectos psicológicos de la calidad de

vida, específicamente el crecimiento personal, propósito en la vida, autoaceptación y satisfacción con la vida.

Lo anterior establece la necesidad de profundizar en futuras investigaciones que consideren los recursos generales de resistencia como variables psicológicas importantes, propias del sentido de coherencia, desde la propuesta de Antonovsky con el modelo salutogénico<sup>21</sup> y su relación con otros conceptos en torno al propósito de la vida como es el caso del sentido de la vida, debido a que encontrar este último es una tarea personal, un acto de dirección, reflexión, percepción y significado que cada quien otorga a su propio vivir. No contar con los recursos psicológicos adecuados para darle sentido a la vida puede traer como consecuencia graves problemas de salud física, mental, emocional o espiritual. Se experimenta un vacío o frustración existencial, una neurosis noógena<sup>22</sup> o un estado depresivo que impide seguir viviendo. De ahí la importancia de continuar este tipo de investigaciones en las áreas de la salud.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [acceso 10 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Guardiola-Jiménez P. La percepción [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia [acceso 10 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
3. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol* [internet]. 2003 [acceso 10 de noviembre de 2017]; 13 (5): 340-342. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>
4. Assari S, Lankarani MM. Does multi-morbidity mediate the effect of socioeconomic on self-rated health? cross-country differences. *Int J Prev Med*. 2015; 6: 85.
5. Levi L, Andersson L. Psychosocial stress: population, environment, and quality of life. New York: S.P. Books Division of Spectrum Publications; 1980. p. 142.
6. Giusti L. Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan de Puerto Rico: Psicoeducativa; 1991.
7. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44 (4): 349-361.
8. Alfaro-Alfaro N, Carothers-Enriquez MR, González-Torres YS. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Investigación en Salud [Internet]. 2006 [acceso 10 de noviembre de 2017]; VIII (3): 152-157. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280303>
9. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Rev Lat Psic* [Internet]. 2003 [acceso 10 de noviembre de 2017];

- 35 (2): 161-164. Disponible en: [http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion\\_12P/80535203\\_calidad\\_de\\_vida\\_conceptos\\_redalyc.pdf](http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/love/Gestion_12P/80535203_calidad_de_vida_conceptos_redalyc.pdf)
10. Razo-González AM, Díaz-Castillo R, Morales-Rossell R, Cerda-Bareló R. Metaanálisis del concepto de calidad de vida en América Latina. Una nueva propuesta: sentido de vida. *Rev CONAMED*. 2014; 19 (4): 149-156.
  11. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10): 1403-1409.
  12. López-Huerta JA, González-Romo RA, Tejada-Tayabas JM. P Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala de calidad de vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica [Internet]*. 2017 [acceso 15 de octubre de 2017]; 2 (44): 105-115. Disponible en: [http://www.aidep.org/sites/default/files/2017-07/9FinalArtigo\\_Propiedades%20psicome%CC%81tricas%20de%20la%20versio%CC%81n%20en%20espan%CC%83ol%20de%20la%20escala%20de%20calidad%20de%20vida%20WHO.pdf](http://www.aidep.org/sites/default/files/2017-07/9FinalArtigo_Propiedades%20psicome%CC%81tricas%20de%20la%20versio%CC%81n%20en%20espan%CC%83ol%20de%20la%20escala%20de%20calidad%20de%20vida%20WHO.pdf)
  13. Acosta-Quiroz CO, Vales-García JJ, Echeverría-Castro SB, Serrano-Encinas DM, García-Flores R. Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud [internet]*. 2013 [acceso 2 de noviembre de 2017]; 23 (2): 241-250. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
  14. Hernández-Navor JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arellano S, Arzate-Hernández G, Márquez-Mendoza O. Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica [Internet]*. 2015 [acceso 2 de noviembre de 2017]; 7 (3): 397-405. Disponible en: [http://www.cienciapsicologica.org/psiencia/7/3/21/PSIENCIA\\_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica\\_7-3\\_HernandezNavor-et-al.pdf](http://www.cienciapsicologica.org/psiencia/7/3/21/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_7-3_HernandezNavor-et-al.pdf)
  15. Ware JE Jr. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*. 1984; 53 (10 Suppl): 2316-2326.
  16. Sanabria-Hernández MS. Calidad de vida e instrumentos de medición [Tesis Licenciatura]. Tenerife, España: Universidad de la Laguna; 2016. Disponible en: <https://riullull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>
  17. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273 (1): 59-65.
  18. Brenner MH, Curbow B, Legro MW. The proximal-distal continuum of multiple health outcome measures: the case of cataract surgery. *Med Care*. 1995; 33 (4 Suppl): AS236-AS244.
  19. Sprangers MA, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med*. 1999; 48 (11): 1507-1515.
  20. Cancino N, González C, Gallardo I, Estrada C. Evaluación de un modelo de calidad de vida construido desde los datos. *Acta Colomb Psicol [Internet]*. 2016 [acceso 18 de septiembre de 2017]; 19 (1): 297-309. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n1/es\\_v19n1a13.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n1/es_v19n1a13.pdf)
  21. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59 (6): 460-466.
  22. Frankl VE. En el principio era el sentido. Reflexiones en torno al ser humano. 6a ed. México: Paidós; 2014.