

# Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad CCVAMC-62

José González Tovar\* y Rosa Isabel Garza Sánchez\*\*

Recepción: 9 de septiembre de 2014

Aceptación: 13 de marzo de 2015

\*Universidad Autónoma de Coahuila, México.

\*\*Universidad del Valle de México Campus Saltillo, México.

Correo electrónico: josegonzaleztovar@uadec.edu.mx; isabel.garza.sanchez@hotmail.com

Se agradecen los comentarios de los árbitros de la revista.



**Resumen.** Se tiene como objetivo confirmar la estructura del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad en Coahuila, México. El muestreo fue intencional, 535 adultos mayores, 49% hombres y 51% mujeres. El instrumento contó con 104 reactivos organizados en nueve dimensiones: bienestar físico, autodeterminación, vivienda, seguridad material, participación ciudadana, bienestar emocional, relaciones interpersonales, educación, bienestar espiritual y plan de vida. Se obtuvo la consistencia interna y el análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). La estructura es similar a la propuesta de Verdugo Alonso (2009) y también se puede relacionar con las categorías de Arita Watanabe (2005). Se logró una reducción de nueve a siete dimensiones y de 104 a 62 reactivos.

**Palabras clave:** calidad de vida, adultos mayores, validez, consistencia, medición.

## First Review of the Quality Of Life Questionnaire for Elderly People in Community QQLOAC-62

**Abstract.** This article corresponds to a study which aimed to confirm the structure of the Questionnaire of Quality of Life for elderly people in Community in Coahuila, Mexico. The sample was an intentional study, 535 seniors, 49% men and 51% women. The instrument contained 104 items, organized into nine dimensions: physical well-being, self-determination, housing, material security, citizen participation, emotional well-being, interpersonal relationships, education, spiritual well-being and life planning. The internal consistency and the exploratory factor analysis (AFE) and confirmatory analysis (AFC) were obtained. The structure is similar to the proposal of Verdugo Alonso (2009) and also may be related to the categories proposed by Arita Watanabe (2005). A reduction from nine to seven dimensions and 104-62 items was achieved.

**Key words:** quality of life, elderly people, validity, consistency and measurement.

## Introducción

La calidad de vida de los adultos mayores ha cobrado presencia como fenómeno de investigación debido a las estimaciones que ya desde hace años se hacían sobre el incremento de la población de estos grupos de edad (Zuñiga Herrera y García, 2008), por lo que el desarrollo de medidas adecuadas y precisas para su evaluación también

es un tema central y de interés para aquellos especialistas que desarrollan planes y estrategias de atención específicos y centrados en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, usuario de los servicios sociales, que están sustentados en un modelo teórico consistente y un concepto claro de la calidad de vida (Verdugo Alonso *et al.*, 2009). Diversos estudios (Acevedo Alemán y González Tovar, 2012; Acevedo Alemán y González Tovar, 2014; Acevedo

Alemán *et al.*, 2014) han aportado al concepto de calidad de vida variables relacionadas con las redes de apoyo, la familia, las actividades productivas y de recreación que fomentan una percepción de bienestar en los adultos mayores y de quienes los rodean y conviven con ellos.

De acuerdo con datos del Censo 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el país hay 21.3 adultos mayores por cada 100 niños. En México, de los 112.3 millones de habitantes que se contabilizaron, 10.1 millones son personas adultas mayores, lo que representa 9%, es decir, casi uno de cada diez habitantes del país. Por entidad federativa, son 17 las que presentan porcentajes inferiores al promedio nacional; Quintana Roo es donde se observa la menor proporción de población de 60 y más años con 4.8%, seguido por Baja California (6.6%) (INEGI, 2014).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), la salud es un estado de completo bienestar no solamente físico, sino también mental y social. La autopercepción del estado de salud y de la calidad de vida se ha asumido como medida válida para la investigación y caracterización de la población de adultos mayores; sin embargo, no son equivalentes ni sinónimos. Como un concepto diferente, la OMS estableció desde el siglo pasado que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (WHOQOLGROUP, 1995); este concepto poco se ha modificado y es aplicado a todos los grupos demográficos. Por lo tanto, las mediciones de calidad de vida han considerado las auto-percepciones y autoevaluaciones como forma adecuada de valorar este complejo constructo, sobre todo desde la perspectiva de la psicología, misma que corresponde al abordaje epistemológico de este estudio.

Sin embargo, existe una diversidad de modelos teóricos que respaldan las mediciones de la calidad de vida general y específicas en diversas poblaciones (Sirgy, 2001; Sirgy *et al.*, 2000), principalmente en grupos con enfermedades crónicas y discapacidad (Córdoba Andrade *et al.*, 2008; Gómez *et al.*, 2008). Además, la calidad de vida de la población de adultos mayores ha sido estudiada a través de mediciones específicas de su estado de salud física (Botero de Mejía y Pico Merchán, 2007), lo que no representa la noción de integralidad original del concepto.

La calidad de vida en adultos mayores se ha enfocado exclusivamente en los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades del día a día. Este concepto toma en consideración el grado de satisfacción de la persona en relación con la funcionalidad. En el campo de la salud se usa con mayor frecuencia el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de gran interés para los profesionales sanitarios (incluida la psicología), porque les permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales al explorar la percepción que tiene el paciente de su salud, su capacidad funcional, el sentimiento de bienestar, además del impacto de las enfermedades crónicas y de las intervenciones sanitarias y emplear instrumentos sencillos pero robustos sin requerimientos muy exigentes para su aplicación (García Roche *et al.*, 2010).

Debido a que el estudio de la calidad de vida se ha caracterizado por su orientación positiva,<sup>1</sup> tanto al construir teorías como a la hora de recoger datos de la realidad social, la introducción de indicadores psicológicos y sociales positivos en los estudios de calidad de vida de población anciana ha sido una práctica general en este ámbito de estudio, generalmente en forma de preguntas sobre percepciones y evaluaciones de sí mismo y el medioambiente circundante (Lawton, 1983, citado en Casas *et al.*, 2001; Michalos *et al.*, 2001).

Se han encontrado como variables más importantes de la calidad de vida en el envejecimiento las relaciones familiares y los contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica. También son componentes la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga durante el tiempo que viva, de forma que esta calidad viene dada por el grado de satisfacción alcanzado por la persona con las oportunidades que se le han presentado y lo conseguido en aquellos aspectos que tienen importancia para ellas y ellos. Lo que los adultos mayores necesitan para disfrutar de la vida es ser productivos y contribuir activamente en algún modo. El crecimiento personal, el tener un propósito, una meta y la calidad de las relaciones personales son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada. Las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar de los demás se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez. Por lo que el conocimiento de qué factores son más relevantes para la población mayor de 60 años en la percepción de la calidad de su vida es fundamental para diseñar estrategias que la mejoren en este sector de la población, cada día más numeroso (Azpiazu Garrido *et al.*, 2002).

1. Referimos a la noción de positivo en la psicología como la tendencia al estudio de aquellos rasgos y conductas que estimulan al bienestar y la continuidad de rasgos saludables (MacNulty y Finchman, 2011, citado en Corral Verdugo, 2012).

Hay que considerar también que el significado de la calidad de vida es distinto para cada persona, pues refleja los diversos conocimientos, experiencias y valores individuales. Para algunos, la calidad de vida puede estar basada en la armonía de una vida hogareña y para otros en un sentido más espiritual. Para los que padecen algún tipo de enfermedad, se centra en su dolencia y en las consecuencias que se derivan (Patrick y Erickson, 1988; Baker y Green, 2005 como se citaron en Molina Linde *et al.*, 2005). No existe consenso en la definición específica e integrada de calidad de vida de las personas mayores. Así, es lógico el desarrollo de una amplia variedad terminológica para definir el concepto, incluyendo vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una *buena vida*. En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la *calidad de vida* de los adultos mayores ha sido utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno y las creencias religiosas (Molina Linde *et al.*, 2005).

También se deben considerar las diferencias respecto al sexo masculino y femenino. El hombre adulto mayor de hoy fue un trabajador productivo desde hace más de 20 años y la mujer por tradición ha participado mucho menos en la fuerza laboral y, por lo tanto, tiene un acceso limitado a la independencia de ingresos y servicios esenciales, vive más tiempo y es quien en la vejez, sobre todo las viudas sin apoyo familiar, corre mayor riesgo de sufrir el deterioro de su calidad de vida (Cardona *et al.*, 2006).

La calidad de vida es una definición imprecisa y la mayoría de las investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto están de acuerdo en que no existe una teoría única que la defina y explique. Lo anterior debido también a que el término calidad de vida pertenece a una dimensión ideológica, no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que se han desarrollado remiten a una evaluación de la experiencia de su propia vida: tal evaluación es una combinación de un acto de razón y sentimientos. La calidad de la experiencia de vida que tienen los sujetos es la que mejor la designa. A medida que aumenta la edad, la calidad de vida está determinada por la habilidad para mantener la autonomía, es decir, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias y la independencia. La independencia definiría la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás (Cardona *et al.*, 2006). Por

lo tanto, el ser humano interpreta su calidad de vida desde un determinado universo de símbolos, representaciones y creencias enmarcados en contextos y tiempos determinados que no permiten generalización, pues responden al significado cultural de cada uno (Cardona *et al.*, 2008).

Bajo esta concepción teórica se asume que la calidad de vida es afectada por factores personales y ambientales, que se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y el sentido de pertenencia (Schallock *et al.*, 2007) que pueden expresarse en la vida cotidiana del adulto mayor con toma de decisiones sobre sus actividades y responsabilidades, las redes de apoyo que crea y utiliza, además del sentido e interpretación de su situación presente y futura.

Conforme se indaga en las implicaciones del concepto de calidad de vida, se hace evidente que este concepto se ve influido por factores sociales e individuales que pueden ser objetivos y subjetivos (Velarde Jurado y Ávila Figueroa, 2002). En el campo de la investigación del comportamiento diversos autores han reconocido y defendido la postura del abordaje de la calidad de vida tanto en apreciaciones subjetivas como en condiciones objetivas (Arita Watanabe *et al.*, 2005).

La literatura sobre sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres cosas: a) es subjetiva, b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida (Fernández-Ballesteros, 1998 citado por Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012). Algunos autores plantean incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida (Trujillo *et al.*, 2004) y por lo tanto es importante revisar la operacionalización del concepto adecuándolo al contexto, la cultura y los valores de cada grupo que se considere.

Por otro lado, hay que puntualizar que el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), desde su incorporación como una medida del estado de las personas, en el campo de la salud se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida. Son muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general; nuestro posicionamiento corresponde con esa diferenciación. Con frecuencia la calidad de vida relacionada con la salud es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades (Urzúa, 2010). El modo como se mide radica en que es un indicador de evaluación del impacto del sistema sanitario; es decir, permite conocer con más detalle y, desde el usuario, la coherencia de las políticas de salud pública, las prestaciones y su efectividad, así como los programas mediante

los cuales son abordadas las necesidades sanitarias de una población (Rajmil y Serra-Sutton, 2004).

El uso de la CVRS se ha dado frecuentemente en población adulta, afectada o no por morbilidad de tipo aguda o crónica, sobre todo en la evaluación del impacto que determinadas enfermedades tienen en la vida de las personas (Urzúa y Mercado, 2008).

En los últimos años se ha intentado ampliar el espectro de estudios desde la CVRS a la medición de la calidad de vida general a fin de conocer la percepción de satisfacción y bienestar de personas no enfermas en distintas dimensiones de su vida diaria (González Tovar, 2012; González Tovar y Garza Sánchez, 2013a; González Tovar y Garza Sánchez, 2013b). Esto se realiza a través de cuestionarios específicos que recogen la evaluación de los padres o cuidadores o bien, y cada vez más frecuentemente, la auto-percepción de los participantes (Urzúa *et al.*, 2011) con el propósito secundario de validar el constructo y confirmar modelos hipotéticos; esto no ha sido tan frecuente en los estudios con adultos mayores.

De tal forma que el objetivo de este estudio fue la construcción y validación inicial de una herramienta específica para valorar la calidad de vida de los adultos mayores en una comunidad de Coahuila mediante la identificación de la estructura factorial que posee. Los reactivos que se incluyeron en este estudio corresponden tanto a indicadores o apreciaciones subjetivas como el autorreporte de las condiciones subjetivas en la vida del adulto mayor en términos de frecuencia y relevancia. Se tomó como base para la construcción del *Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad CCVAMC-62* las categorías propuestas por Verdugo Alonso y Sabeh (2002) enfocadas no sólo a los aspectos físicos, sino que se explora la calidad de vida desde un concepto más integral, considerando el concepto de autodeterminación como la base para la estructura de la calidad de vida y la salud mental (Verdugo Alonso y Martín, 2002).

## 1. Método

### 1. 1. Participantes

Se eligieron de manera intencional a 535 adultos mayores, de los cuales 49% ( $n = 262$ ) son hombres y 51% ( $n = 51$ ) son mujeres. Se observó que la muestra es proporcional según el sexo ( $X^2 = 0.226$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.634$ ). Las edades de los adultos mayores participantes oscilaron entre los 60 y hasta los 95 años. De la muestra tomada, 57.6% corresponde a adultos con edades de los 60 a los 70 años, 42.4% estuvo en el grupo de 71 hasta 95 años, 40.6%

tiene una familia compuesta por uno o tres hijos, 37.8% tiene de cuatro a seis hijos y 16.3% restante tiene entre siete y hasta 15 hijos.

### 1. 2. Instrumento

Se utilizó una encuesta de 104 reactivos y un apartado de datos generales con 19 indicadores denominada *Cuestionario de Calidad de Vida Percibida en Adultos Mayores en comunidad*. Este instrumento fue diseñado *ad hoc* para la investigación y con el propósito de validarse. El instrumento se organizó en nueve dimensiones que abarcan: bienestar físico, autodeterminación, servicios de vivienda, seguridad material, participación ciudadana, bienestar emocional, relaciones interpersonales, educación, bienestar espiritual y plan de vida. Estas dimensiones están basadas en el modelo propuesto por Verdugo Alonso (2009). La forma de respuesta del instrumento fue mediante una escala de frecuencias con cinco opciones para cada dimensión que van de Nunca (0) hasta Todo el tiempo (4). El instrumento obtuvo un índice de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.908, lo cual es aceptable para un estudio confirmatorio.

### 1. 3. Procedimiento

La recolección de los datos se llevó a cabo en forma de entrevista semiestructurada no remunerada con formato de respuesta anónimo. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes en apego estricto a las consideraciones éticas para la investigación en seres humanos. Los datos se procesaron mediante análisis factorial exploratorio para determinar la estructura factorial. Se utilizó el método de principales componentes con una rotación ortogonal Varimax con Káiser. Estos procedimientos fueron hechos en el paquete estadístico SPSS versión 21 y se confirmó la estructura factorial con el paquete AMOS 18.

### 1. 4. Resultados

Se obtuvo una solución de siete componentes después de la rotación, con una explicación total de la varianza de 50.495%. Los componentes superaron el criterio de Káiser (Moral de la Rubia, 2006) para la extracción con autovalores iniciales iguales o mayores a uno. Originalmente el instrumento se estructuró en nueve apartados (factores); sin embargo, después del análisis se logró una reducción de dimensiones a siete, con un porcentaje de explicación total de la varianza de 50%. Cada componente aporta entre 5 y 8 % de la explicación de la varianza después de la rotación (cuadro 1).

Después de realizar el procedimiento de rotación de los componentes se mantuvo una solución con siete factores. Se empleó una rotación con el método ortogonal Varimax para obtener las puntuaciones factoriales más altas en cada uno de los componentes y así explicarlas mejor. Mediante esta rotación se logró mayor claridad para la interpretación de los factores en comparación con un método oblicuo, que además no demostró correlaciones significativas entre los componentes.

El primer componente se etiquetó como *bienestar general*, el cual se integró con 15 indicadores del instrumento y se refieren en su estructura a la satisfacción y percepción que el adulto mayor tiene sobre su estado de salud física y emocional. En particular se incluye como parte del bienestar general la frecuencia en que aparecen síntomas como nerviosismo, cansancio, tristeza, falta de apetito, alteraciones del sueño y del estado de ánimo. Además de lo anterior, la satisfacción con las relaciones sociales y familiares, así como la asistencia a revisiones médicas, son elementos que forma parte de la evaluación del bienestar general de los adultos mayores (cuadro 2).

El segundo componente son las *necesidades económicas* de adulto mayor que quedó integrado por ocho reactivos. Estos evalúan la suficiencia de recursos económicos del adulto mayor para gastos de vestido, servicios básicos, alimentación, impuestos, transportación, ocio y entretenimiento. *Autodeterminación y plan de vida* es el nombre del tercer componente. Mide la autoevaluación que el adulto mayor hace sobre su capacidad para tomar decisiones personales y profesionales, así como las expectativas que tiene sobre sí mismo, su presente y su futuro (cuadro 2. 1.).

El componente cuatro se etiquetó como *independencia*, el cual supone la medición del nivel de dificultad que el adulto mayor reporta al realizar acti-

vidades de la vida cotidiana como darse un baño, vestirse, actividades de paseo, limpieza y preparación de alimentos. El componente cinco se integró con cinco indicadores que representan la satisfacción y el disfrute del adulto mayor de sus actividades laborales y del ambiente que permea, por lo que se decidió nombrar al componente como *trabajo y ambiente* (cuadro 2. 2.).

**Cuadro 1. Resumen de autovalores para una solución de siete componentes.**

Factor	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación			
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Alfa de Cronbach
BG	16.298	22.326	22.326	6.408	8.778	8.778	0.862
NE	5.064	6.937	29.263	6.124	8.389	17.167	0.840
APV	4.481	6.138	35.402	5.662	7.756	24.923	0.924
IND	3.214	4.403	39.805	5.463	7.483	32.407	0.947
TRA	2.931	4.016	43.820	4.877	6.681	39.088	0.940
BIN	2.575	3.527	47.348	4.197	5.749	44.836	0.826
RAP	2.298	3.147	50.495	4.131	5.659	50.495	0.685

Fuente: elaboración propia. Método de extracción por componentes principales. BG = bienestar general, NE = necesidades económicas, APV = autodeterminación y plan de vida, IND = independencia, TRA = trabajo y ambiente, BIN = bienestar intrasubjetivo, RAP = redes de apoyo y ocio.

**Cuadro 2. Resumen de cargas factoriales por componentes del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores.**

Reactivo	Componente	
	BG	NE
Satisfacción con estado de salud	0.658	
Satisfacción con su estado de ánimo	0.624	
Percepción de su salud física	0.616	
Considera que se enferma con mayor frecuencia	-0.612	
Se siente nervioso	-0.585	
Evaluación de su salud comparada con la de hace un año	0.554	
Siente que se cansa con facilidad	-0.532	
Siente tristeza sin un motivo aparente	-0.531	
Siente que no tiene hambre	-0.507	
Evaluación de su vida en general	0.502	
Siente que no puede dormir	-0.492	
Siente que se enoja fácilmente	-0.441	
Satisfacción con sus relaciones sociales	0.438	
Satisfacción de su relación con familiares	0.438	
Asistió al médico cuando se sintió enfermo	-0.422	
Ingresos suficientes para comprar ropa		0.831
Ingresos suficientes para pagar los servicios de la casa		0.826
Ingresos suficientes para pagar la comida que consume		0.779
Ingresos suficientes para pagar impuestos		0.776
Ingresos suficientes para pagar el transporte o la gasolina del coche		0.765
Ingresos suficientes para salir de vacaciones fuera de la ciudad		0.752
Ingresos suficientes para hacer actividades de entretenimiento		0.740
Satisfacción con estabilidad económica		0.641

Nota: método de extracción por componentes principales y rotación Varimax normalizada con Kaiser. BG = bienestar general, NE = necesidades económicas.

**Cuadro 2. 1. Resumen de cargas factoriales por componentes del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores (continuación).**

Reactivo	Componente		
	APV	IND	TRA
Eligió en qué trabajar	0.619		
Eligió qué ropa comprar o usar	0.588		
Eligió qué hacer con su tiempo libre	0.571		
Se siente confiado al pensar en lo que viene en el futuro	0.539		
Eligió dónde vivir (colonia, ciudad, etcétera)	0.534		
Eligió si estudiaba o no	0.526		
Eligió qué estudiar	0.518		
Se siente a gusto cuando piensa en cómo le gustaría verse	0.513		
Se siente a gusto, piensa en cómo lo ven los demás	0.511		
Se siente a gusto cuando los demás lo miran	0.511		
Considera que ha cumplido las metas que se ha planteado en la vida	0.504		
Se siente a gusto, piensa en cómo se ven otras personas de su misma edad	0.488		
Siente que puede lograr cualquier cosa en el futuro	0.453		
Al ver su presente, está seguro de que su futuro viene mejor	0.435		
Se siente a gusto, se ve en el espejo	0.420		
Dificultad para bañarse		0.829	
Dificultad para salir a la calle para pasear		0.811	
Dificultad para vestirse		0.805	
Dificultad para hacer pagos de servicios (agua, luz, gas, teléfono)		0.802	
Dificultad para limpiar su casa o cuarto		0.800	
Dificultad para salir de compras		0.792	
Dificultad para cocinar		0.764	
Le satisface su trabajo			0.945
Disfruta su trabajo			0.944
El ambiente en su trabajo le gusta			0.937
Considera que su trabajo está bien remunerado			0.842
Relación cercana con compañeros o ex compañeros de trabajo			0.490

Nota: método de extracción por componentes principales y rotación Varimax normalizada con Káiser. APV = autodeterminación y plan de vida, IND = independencia, TRA = trabajo y ambiente.

**Cuadro 2. 2. Resumen de cargas factoriales por componentes del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores (continuación).**

Reactivo	Componente	
	BIN	RAP
La religión lo ayuda para ver la vida de manera más positiva	0.815	
La religión lo ayuda en la forma en cómo afronta enfermedades	0.805	
La religión lo ayuda cuando tiene que afrontar situaciones difíciles	0.800	
La religión lo ayuda para asistir semanalmente a servicios religiosos	0.684	
Relación cercana con familiares	0.408	
Relación cercana con amigos		0.715
Se reúne con sus amigos para convivir		0.700
Convive con otras personas aparte de su familia		0.658
Asiste a eventos de entretenimiento		0.575
Toma decisiones consultando la opinión de amigos		0.516
Convive con otras personas aparte de sus amigos		0.461
Realiza algún deporte o ejercicio		0.448

Nota: método de extracción por componentes principales y rotación Varimax normalizada con Káiser. BIN = bienestar intrasubjetivo, RAP = redes de apoyo y ocio.

El componente seis se etiquetó como *bienestar intra-subjetivo*. Tiene cinco reactivos que evalúan el impacto que tiene la religión en la perspectiva de vida, el afrontamiento de situaciones conflictivas o desesperanzadoras y el apego a la familia en el adulto mayor. Por último, el componente siete, llamado *redes de apoyo y ocio* aporta una evaluación de los vínculos que el adulto mayor tiene con familiares y amigos, además del cumplimiento de rituales para su integración en grupos sociales, de convivencia y activación física (cuadro 3).

El análisis factorial confirmatorio se realizó para cada factor como estructura independiente, ya que en el análisis exploratorio las correlaciones entre factores obtenidas con la rotación oblicua fueron débiles. En tres de los siete factores se aceptó la hipótesis nula de no discrepancia entre los modelos; sin embargo, los índices de bondad de ajuste de Jöreskog resultaron con valores superiores al criterio ( $\geq 0.90$ ), a excepción del factor autodeterminación y plan de vida. El índice del radical del error de aproximación medio tuvo un buen ajuste para cuatro de los siete factores. Los factores que no obtuvieron un buen ajuste en este índice fueron el bienestar general, la autodeterminación y plan de vida así como el factor independencia.

## 2. Discusión

La estructura en la primera revisión del cuestionario de calidad de vida percibida de adultos mayores en una población de Coahuila obtuvo validez estructural en el análisis exploratorio, ya que fue posible realizar una reducción en el número de reactivos. La estructura factorial obtuvo un buen porcentaje de explicación de la varianza y las cargas

factoriales aportaron un peso factorial medio. En un principio la estructura del instrumento fue con base en nueve componentes; sin embargo, después del procesamiento se redujo a siete dimensiones que en su interpretación fueron congruentes, además hay que destacar que también disminuyó el número de reactivos que integraron el instrumento, ya que pasó de 104 a 62 indicadores. La consistencia interna mejoró con la reducción, pues pasó de un coeficiente de Cronbach 0.908 a 0.937.

La estructura no dista mucho de la propuesta original de Verdugo Alonso (2009) y también se puede relacionar con las categorías de la propuesta de Arita Watanabe (2005), quien propuso seis dimensiones: a) satisfacción local, que es medida mediante apoyos del Estado, economía y medioambiente, b) personal, que implica la sensación de felicidad, c) el apoyo social, entendido como la capacidad para entablar amistades y cercanía en relaciones personales y familiares, d) capacidad subjetiva, equivalente al desarrollo humano y educación, e) capacidad objetiva, relacionada con los ingresos y f) salud, medida de forma autopercibida. Cabe destacar que esta propuesta es para el contexto nacional y ya abarcó una muestra con edad mínima de 18 años. Este estudio, que incorporó el bienestar intrasubjetivo, el trabajo y ambiente así como la independencia como factores adicionales, coincide en cuatro de las ocho dimensiones propuestas por Gómez *et al.* (2008).

Por otro lado, Cardona *et al.* (2006) identificaron tres dimensiones: independencia, economía y seguridad social así como redes de apoyo. Estos tres aspectos sí se incluyeron en la estructura de este estudio, con la diferencia de las cuatro dimensiones complementarias: autodeterminación y plan de vida, bienestar general, trabajo y ambiente y el bienestar intrasubjetivo.

Los resultados mostraron una estructura más amplia e integral con los demás modelos de calidad de vida en general, sólo que el alcance y diseño de estas dimensiones es específico para adultos mayores. Inicialmente partimos del supuesto de que la estructura tendría factores correlacionados; sin embargo, los componentes resultaron ortogonales (independientes). La limitación de este estudio radica en la fuente error de medición que pudiera significar un instrumento tan amplio, por lo que la línea de trabajo futuro radica en obtener una versión breve que

cumpla con parámetros de validez de contenido, constructo y criterio.

### Prospectiva

Uno de los alcances de la investigación fue caracterizar a una muestra saltillense en nueve dimensiones que abarcaron el bienestar general, las necesidades económicas, la autonomía, la autodeterminación y plan de vida, el trabajo y ambiente, el bienestar intrasubjetivo y las redes de apoyo social del adulto mayor.

Se lograron identificar factores culturales, emocionales y sociales. Se identificó la estructura de la calidad de vida percibida en el adulto mayor y se integró un modelo factorial de siete componentes. A partir del procesamiento estadístico se creó un instrumento breve que mide las diferentes dimensiones del ser humano al elaborar un cuestionario autoaplicable y de fácil manejo.

La propuesta de medición de la calidad de vida en los adultos mayores derivada de los resultados de esta investigación está diseñada desde la autopercepción que los adultos tienen sobre su propia vida, su satisfacción con aspectos de salud física y mental, las redes de apoyo y la capacidad para tomar decisiones y su nivel de funcionalidad física y social.

Se propone una nueva herramienta para la medición de la calidad de vida con los resultados del estudio que permita hacer una transición a corto plazo del instrumento de investigación hacia un instrumento de evaluación psicológica. Este es el primer paso de una serie de procedimientos que permitirán llegar a ese punto, la validación desde diferentes métodos y la estandarización del instrumento de evaluación.



**Cuadro 3.** Índices de bondad de ajuste para el análisis factorial confirmatorio del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores.

Índices de bondad de ajuste	Factores							
	Criterio	BG	NE	APV	IND	TRA	BIN	RAP
$\chi^2$		237.027	34.874	308.630	22.701	0.182	7.222	8.108
<i>gl</i>		71	16	79	11	2	5	4
<i>p</i>	>0.05	0.000	0.004	0.000	0.007	0.913	0.205	0.088
$\chi^2/ gl $	<2	3.33	2.17	3.90	2.52	0.091	1.444	2.027
GFI	>0.95	0.937	0.984	0.923	0.952	0.995	0.995	1.000
AGFI	>0.90	0.906	0.963	0.883	0.850	0.973	0.984	0.999
RMSEA	<0.05	0.066	0.047	0.074	0.053	0.044	0.029	0.000

Nota:  $\chi^2$  = Chi cuadrado de Pearson, *gl* = grados de libertad, *p* = nivel de probabilidad, GFI = índice de bondad de ajuste, AGFI = índice corregido de bondad del ajuste, RMSEA = índice del radical del error de aproximación medio, BG = bienestar general, NE = necesidades económicas, APV = autodeterminación y plan de vida, IND = independencia, TRA = trabajo y ambiente, BIN = bienestar intrasubjetivo, RAP = redes de apoyo y ocio.

- Acevedo Alemán, J. y González Tovar, J. (2012). La familia versus la depresión en el adulto mayor: entre la esperanza y la muerte, en L. Cano Soriano, *Investigación en trabajo social* (pp. 277-294). México: UNAM.
- Acevedo Alemán, J. y González Tovar, J. (2014). No envejecemos igual: la religiosidad y el género en adultos mayores del Noreste de México. *Reflexiones*, 93(1), 133-144. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72930086010>
- Acevedo Alemán, J., González Tovar, J., Trujillo Pérez, M. A. y López Saucedo M. L. (2014). El adulto mayor en situación de vulnerabilidad: percepciones sobre su calidad de vida en Saltillo, Coahuila, México. *Perspectivas Sociales*, 16(1), 73-99.
- Arita Watanabe, B. Y., Romano, S., García, N., y Félix, M. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 93-102. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210106>
- Arita Watanabe, B. Y. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 73-79. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3246026.pdf>
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrana Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N. y Valero de Bernabé, F. A. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17000605.pdf>
- Botero de Mejía, B. E. y Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772007000100002&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&nrm=iso)
- Casas, F., González, M., Senders, G., Aymerich, M., Domingo, A. y Del Valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. *Psychosocial Intervention*, 10(3), 355-378. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818268007>
- Cardona, D., Agudelo, H. B. y Segura, Á. M. (2008). Un diseño de muestreo complejo en el análisis de la calidad de vida de la población adulta. *Colombia Médica*, 39(2), 161-174.
- Cardona, D., Estrada, A. y Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26(2), 206-215. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v26n2/v26n2a04>
- Córdoba Andrade, L., Gómez Benito, J. y Verdugo Alonso, M. Á. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-383. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770206>
- Corral Verdugo, V. (2012). *Sustentabilidad y psicología positiva*. Hermosillo: Manual Moderno.
- García Roche, R. G., Hernández Sánchez, M., Varona Pérez, P., Chang de la Rosa, M., Bonet Gorbea, M. y Salvador Álvarez, S. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país, 2001. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000100006&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100006&nrm=iso)
- Gómez, L. E., Verdugo Alonso, M. A., Arias, B. y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 189-199. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179814018007>
- González Tovar, J. (2012). *La calidad de vida y la desesperanza. Líneas de investigación en la infancia y la juventud*. México: Manual Moderno.
- González Tovar, J. y Garza Sánchez, R. I. (2013a). La calidad de vida en niños de primaria: análisis confirmatorio en una muestra Coahuilense. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 373-387. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29228336012.pdf>
- González Tovar, J. y Garza Sánchez, R. I. (2013b). Satisfacción y placer: estructuras de la calidad de vida adolescente, en E. Macías Escobedo y J. González Tovar. *Aportaciones teóricas y empíricas al bienestar social*. Saltillo: UADec.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. México: INEGI.
- Michalos, A., Hubley, A., Zumbo, B., y

- Hemingway, D. (2001). Health and Other Aspects of the Quality of Life of Older People. *Social Indicators Research*, 54(3), 239-274. doi: 10.1023/A:1011045307643
- Molina Linde, J. M., Sánchez Hernández, M. D., Rubio, R. y Uribe, A. F. (2005). Diferencias en la calidad de vida y estado anímico de pacientes mayores hospitalizados según el género. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 17-26. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046003>
- Moral de la Rubia, J. (2006). Análisis factorial exploratorio y su aplicación al desarrollo de escalas, en M. Gonzalez Ramírez, Teresa y R. Landero Hernández (eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 387-437). México: Trillas.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). *Measuring The Quality of Life*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Rajmil, L. y Serra-Sutton, V. (2004). Versión española del cuestionario alemán de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil y de adolescentes: el KINDL. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F. y Bradley, V. J. (2007). *Quality of life for persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Sirgy, M. J. (2001). Medición y método de evaluación de la calidad de vida de la comunidad. *Psychosocial Intervention*, 10(1), 71-84. Disponible en: [www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179818298006](http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179818298006)
- Sirgy, M. J., Rahtz, D., Cicic, M. y Underwood, R. (2000). A method for assessing residents' satisfaction with community-based services: A quality-of-life perspective. *Social Indicators Research*, 49, 279-316. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1006990718673>
- Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3(1), 89-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730109>
- Urzúa M., A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30, 61-71. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071848082012000100006&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082012000100006&nrm=iso)
- Urzúa, A., Godoy, J. y Ocaño, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(4), 300-310. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062011000400004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000400004)
- Urzúa, A. y Mercado, G. (2008). La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través de KIDDO-KINDL. *Terapia psicológica*, 26(1), 133-141. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526112>
- Urzúa, A. M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138, 358-365. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)
- Velarde Jurado, E. y Ávila Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_lo\\_e4.php?id=001556](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_lo_e4.php?id=001556)
- Verdugo Alonso, M. Á. (2009). El cambio educativo desde una perspectiva de calidad de vida. *Revista de Educación*, 349, 23-43. Disponible en: [http://www.revistaeducacion.mec.es/re349/re349\\_02.pdf](http://www.revistaeducacion.mec.es/re349/re349_02.pdf)
- Verdugo Alonso, M. Á., Gómez Sánchez, L. E. y Arias Martínez, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- Verdugo Alonso, M. Á. y Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242507>
- Verdugo Alonso, M. A. y Sabeh, E. N. (2002). Evaluación de la percepción de la calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14(1), 86-91. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/690.pdf>
- WHOQOLGROUP (World Health Organization Quality of Life Assessment) (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 403-409. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Zúñiga Herrera, E. y García, J. E. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. *Horizontes*, 13, 93-100.