

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y
BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES
CHIHUAHUENSES**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA

PRESENTA:

RAÚL BARCELÓ REYNA

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ RENÉ BLANCO ORNELAS

CHIHUAHUA, CHIH., MÉXICO, AGOSTO 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA

El que suscribe, integrante del Núcleo Académico del Programa de Doctorado Interinstitucional en Ciencias de la Cultura Física de la Facultad de Ciencias de la Cultura Física de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

CERTIFICA

Que el presente trabajo titulado “**Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores chihuahuenses**”, ha sido realizado bajo mi **dirección**, en la ciudad de Chihuahua, Chih., por el **M. Sc. Raúl Barceló Reyna** para optar por el grado de:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA

Esta es una investigación original que ha sido realizada con rigor ético y científico, por lo que **autorizo** su presentación ante el grupo de sinodales correspondiente.

Para los fines a que haya lugar, se extiende la presente a los diecisiete días del mes de agosto de dos mil veintidós.

Atentamente

“Educar para la vida, a través del movimiento”



Dr. José René Blanco Ornelas
Doctor en Ciencias de la Cultura Física
FCCF-UACH.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

El presente trabajo “**Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores chihuahuenses**” realizado por el **M. Sc. Raúl Barceló Reyna**, fue revisado por los doctores y doctoras integrantes del Comité Tutorial quienes constataron y avalaron los cambios, avances y logros de esta investigación desde su inicio.

Asimismo; y de conformidad con el Reglamento Interno de la Facultad de Ciencias de la Cultura Física, el Reglamento General de Estudios de Posgrado y el Reglamento General Académico de la Universidad Autónoma de Chihuahua, ha sido **APROBADO** para su presentación y defensa para obtener el grado de:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA

COMITÉ TUTORIAL



Dr. José René Blanco Ornelas
Director de tesis



Dra. Martha Ornelas Contreras
Asesora de tesis



Dra. Susana Ivonne Aguirre Vásquez
Asesora de tesis



Dra. Judith M. Rodríguez Villalobos
Asesora de tesis



Dra. Elia Verónica Benavides Pando
Asesora de tesis



Dr. Humberto Blanco Vega
Asesor de tesis

Chihuahua, Chih., Agosto de 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

El contenido del presente reporte de la investigación denominada “**Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores chihuahuenses**” realizado por el **M. Sc. Raúl Barceló Reyna** fue revisado y **APROBADO** por doctores externos al Comité Tutorial quienes constataron su calidad para ser presentado como opción a tesis de:

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA

REVISORES EXTERNOS



Dr. Javier Arturo Hall López
Facultad de Deportes Universidad
Autónoma de Baja California



Dra. Paulina Yesica Ochoa Martínez
Facultad de Deportes Universidad
Autónoma de Baja California

Persona de Contacto: **M. Sc. Raúl Barceló Reyna**, Chihuahua, Chihuahua, México, Tel. +52 (614) 1574615, Correo electrónico p344927@uach.mx

Para citar en APA 7: Barceló, R. (2022). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores chihuahuenses*. [Tesis Doctoral]. Facultad de Ciencias de la Cultura Física, Universidad Autónoma de Chihuahua.

ACTA DE EXAMEN DE GRADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

Número de acta: 050
Número de matrícula: 344927

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

En la ciudad de CHIHUAHUA, CHIH. a los 30 días del mes de AGOSTO del 2022, se reunieron en la:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CULTURA FISICA

ACTA DE EXAMEN DE GRADO

Los señores profesores : DR. C. JESUS ENRIQUE PEINADO PEREZ, DRA. C. JUDITH MARGARITA RODRIGUEZ VILLALOBOS, DRA. C. MARTHA ORNELAS CONTRERAS, DRA. C. ELIA VERONICA BENAVIDES PANDO y DRA. C. PERLA JANNET JURADO GARCIA.

Bajo la presidencia del primero y fungiendo como secretario el último, para proceder AL EXAMEN DE GRADO de DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA CULTURA FISICA del Candidato:

RAUL BARCELO REYNA

quien para el efecto cumplió con anterioridad el requisito reglamentario siguiente:

TESIS. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS ADULTAS MAYORES CHIHUAHUENSES

Los señores sinodales replicaron al sustentante y terminada la réplica, después de debatir entre si, reservada y libremente, lo declararon:

Aprobado por unanimidad de votos con mención honorífica

Acto continuo, el presidente del jurado le tomó la protesta de ley.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
CULTURA FISICA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO

DR. C. JESUS ENRIQUE PEINADO PEREZ
Presidente(a)

DRA. C. JUDITH MARGARITA RODRIGUEZ VILLALOBOS
Vocal 1

DRA. C. MARTHA ORNELAS CONTRERAS
Vocal 2

DRA. C. ELIA VERONICA BENAVIDES PANDO
Vocal 3

DRA. C. PERLA JANNET JURADO GARCIA
Secretario(a)

DR. JUAN FRANCISCO AGUIRRE CHAVEZ
Director(a)

El C. Director que suscribe, certifica que las firmas que aparecen en esta acta son auténticas.

CHIHUAHUA, CHIH. a 30 de AGOSTO del 2022.

CARTA ANTIPLAGIO

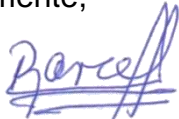
DR. JUAN FRANCISCO AGUIRRE CHÁVEZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CULTURA FÍSICA
PRESENTE. -

Por este conducto hago de su conocimiento que el trabajo de tesis titulado **“Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores chihuahuenses”**, realizado por el suscrito como requisito para realizar la titulación del programa de **Doctorado en Ciencias de la Cultura Física**, en la **Facultad de Ciencias de la Cultura Física** de la Universidad Autónoma de Chihuahua, fue revisado de manera previa a su presentación y defensa ante el jurado correspondiente, a través de la herramienta anti-plagio denominada **Ithenticate**.

Con base en la revisión realizada y el análisis del reporte de las similitudes encontradas por dicho software, no se identificaron elementos originales contenidos en alguna obra de terceros que se hagan pasar como propios por el autor del trabajo recepcional. Por ello, se considera que este trabajo presentado es resultado del esfuerzo individual de su autor y que se emplearon las normas y protocolos de citación pertinentes en su desarrollo, por lo cual, no infringe derechos intelectuales de terceros.

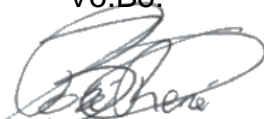
Sin otro particular por el momento, quedo de Usted.

Atentamente,



M. Sc. Raúl Barceló Reyna
Matrícula: 344927

Vo.Bo,



Dr. José René Blanco Ornelas
Director de tesis

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis:

- A mis padres y mi hermano, por siempre estar presentes, por el amor de familia, el calor de un hogar, la educación de excelencia y ser ejemplos de constancia, dedicación, optimismo y humildad. Por forjarme como un hombre de bien.
- A mi esposa e hijos, por todo el apoyo, comprensión en horas de ausencia y ser mi energía vital, con ustedes y el amor que me dan, nada es imposible.
- A todas las mujeres y hombres que han participado en mi formación académica y científica, hoy soy el resultado de sus enseñanzas.
- A los amigos que siempre me acompañan, especialmente a ti, Felipe Navas Peña, mi hermano de la vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco desde lo más profundo de mi corazón:

- Primeramente, a Dios y la Virgen de la Caridad del Cobre “Patrona de Cuba”, quienes llenan mi vida de infinitas BENDICIONES.
- A la Dra. Martha Ornelas Contreras y el Dr. Humberto Blanco Vega, por abrirme las puertas de este hermoso país y darme la oportunidad de crecer. Por sus enseñanzas, incondicional presencia y ser más que mis tutores, mis padres mexicanos.
- Al Dr. José René Blanco Ornelas, mi director de tesis y hermano mexicano, por sus valiosas aportaciones.
- A las Dras. Judith Margarita Rodríguez Villalobos; Elia Verónica Benavides Pando y Susana Ivonne Aguirre Vázquez, integrantes de mi comité tutorial, por sus sabias contribuciones.
- A todos los profesores que contribuyeron a llevar a término el proceso de formación doctoral, siempre portaré conmigo sus enseñanzas.
- A la Dra. María Concepción Soto Valenzuela, Coordinadora del Doctorado en Ciencias de la Cultura Física, por confiar en mí y darme acceso a este excelente programa formativo.
- Al Dr. Juan Francisco Aguirre Chávez, Director de la Facultad de Ciencias de la Cultura Física en la Universidad Autónoma de Chihuahua, por recibirme en tan prestigiosa institución educativa y todo el apoyo ofrecido.
- Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por hacer realidad este sueño.

RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL

El presente estudio fue realizado en distintas instituciones de atención a la persona adulta mayor del Estado de Chihuahua, entre ellas, la Facultad de Ciencias de la Cultura Física, de la Universidad Autónoma de Chihuahua, con el apoyo del *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*, organismo que mediante su sustento me permitió formar parte de los becarios otorgándome el financiamiento para cubrir las exigencias de mis estudios y trabajo de investigación, bajo la dirección del Dr. José René Blanco Ornelas y la asesoría de Dra. Martha Ornelas Contreras, Dra. Judith Margarita Rodríguez Villalobos, Dra. Elia Verónica Benavides Pando, Dra. Susana Ivonne Aguirre Vásquez y Dr. Humberto Blanco Vega.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción.....	3
Capítulo I: Marco Teórico	8
Datos demográficos de México y del estado Chihuahua	8
Proceso de envejecimiento.....	9
Teorías del envejecimiento	12
Teorías biológicas	12
Teorías psicológicas	13
Teorías sociológicas	15
Caracterización general de las personas adultas mayores desde el punto de vista morfofuncional y psicosocial.....	16
Características morfofuncionales de las personas adultas mayores.....	16
Características psicosociales de las personas adultas mayores	17
Funciones cognitivas.....	17
Funciones afectivas	18
Calidad de vida	19
Modelos teóricos de calidad de vida	20
Modelo ecológico de Lawton.....	20
Modelos comportamentales	21
Modelos de bienestar.....	21
Modelo de desempeño de rol.....	22

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida.....	22
Modelo de homeostasis de la calidad de vida.....	22
Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas adultas mayores ...	23
Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	24
Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores	25
Bienestar Subjetivo, felicidad y satisfacción con la vida.....	26
Teorías y modelos explicativos del Bienestar Subjetivo.....	28
Teorías finalistas.....	28
Teorías del placer y el dolor.....	28
Teoría de la actividad.....	29
Teorías de abajo-arriba (bottom-up) frente a teorías arriba-abajo (top-down)	29
Teorías cognitivas.....	30
Teorías asociacionistas.....	30
Teorías de juicio.....	30
Modelos integradores	31
Modelo de satisfacción con la vida de Veenhoven.....	31
Modelo del equilibrio estático de Headey y Wearing.....	31
Componentes del Bienestar Subjetivo	32
La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores	33
La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud	34
Estado actual de las investigaciones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas adultas mayores	35

La evaluación del Bienestar Subjetivo	38
Estado actual de las investigaciones del Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores	39
Justificación y antecedentes del uso de ecuaciones estructurales para fundamentar modelos explicativos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo	41
Modelos de ecuaciones estructurales para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas adultas mayores.....	42
Modelos de ecuaciones estructurales para el Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores	44
Capítulo II: Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36.....	46
Método	46
Participantes	46
Instrumento	46
Procedimiento	49
Análisis de datos.....	50
Resultados	52
Fiabilidad de los modelos analizados (consistencia interna).....	59
Discusión y conclusiones	59
Capítulo III: Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener	63
Método	63
Participantes	63
Instrumento	63
Procedimiento	65

Análisis de datos	66
Resultados	68
Fiabilidad de los modelos analizados (consistencia interna).....	69
Discusión y conclusiones	69
Capítulo IV: Modelos para el Bienestar Subjetivo en función del Género, Edad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	73
Participantes	73
Procedimiento	73
Análisis de datos	75
Modelo I: Bienestar Subjetivo en función del Género, Edad y los factores Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.....	76
Hipótesis	76
Instrumentos y variables	79
Evaluación de los supuestos subyacentes al análisis de covarianza.....	79
Ajuste global de los modelos planteados	80
Evaluación de los parámetros individuales	82
Discusión y Conclusiones	83
Modelo II: Bienestar Subjetivo en función del Género, Edad y los factores Esfera Física, Esfera Mental y Esfera Social.	86
Hipótesis	86
Instrumentos y variables	89
Evaluación de los supuestos subyacentes al análisis de covarianza.....	90
Ajuste global de los modelos planteados	91
Evaluación de los parámetros individuales	93

Discusión y Conclusiones	95
Capítulo V: Conclusiones Generales y Aportaciones Científicas.....	99
Conclusiones Generales	99
Aportaciones Científicas	103
Prospectivas de Investigación.....	104
Referencias bibliográficas	105
Anexo 1: Consentimiento informado.....	125
Anexo 2: Cuestionario de Salud SF-36	127
Anexo 3: Escala de Satisfacción con la Vida de Diener	148

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Componentes y dimensiones del Bienestar Subjetivo	32
Tabla 2 Índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados.....	52
Tabla 3 Solución estandarizada análisis factorial confirmatorio para los modelos M1-SF36-8 y M1a-SF22-8.	53
Tabla 4 Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para el Modelo M2-SF13-4.....	55
Tabla 5 Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para los Modelos M3-SF12-2 y M3a-SF6-2.....	57
Tabla 6 Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para los Modelos VGI-M1-3-38 y VGI-M1-3-10	58
Tabla 7 Índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados.....	68
Tabla 8 Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para los modelos generados.	68
Tabla 9 Asimetría y curtosis para las variables observables del modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.....	80
Tabla 10 Índices absolutos, incrementales y de parsimonia de los modelos inicial y final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.....	81
Tabla 11 Efectos directos e indirectos estandarizados entre las variables consideradas en el modelo estructural final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.....	83
Tabla 12 Asimetría y curtosis para las variables observables del modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social.	90

Tabla 13 *Índices absolutos, incrementales y de parsimonia de los modelos inicial y final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social.....* 91

Tabla 14 *Efectos directos e indirectos estandarizados entre las variables consideradas en el modelo estructural final para para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social.....* 94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Relaciones entre los constructos calidad de vida, Bienestar Subjetivo, satisfacción con la vida y felicidad.</i>	33
Figura 2 <i>Ejemplo de respuesta para los ítems del Cuestionario SF-36.</i>	48
Figura 3 <i>Ejemplo de respuesta para los ítems del cuestionario SWLS.</i>	64
Figura 4 <i>Modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico. Los indicadores de los factores no están representados por razones de simplicidad en la presentación.</i>	78
Figura 5 <i>Solución estandarizada del modelo estructural inicial para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico. Todos los parámetros están estandarizados. Las líneas discontinuas representan paths no significativos.</i>	81
Figura 6 <i>Solución estandarizada del modelo estructural final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico. Todos los parámetros están estandarizados.</i>	82
Figura 7 <i>Modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Los indicadores de los factores no están representados por razones de simplicidad en la presentación.</i>	89
Figura 8 <i>Solución estandarizada del modelo estructural inicial para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Todos los parámetros están estandarizados. Las líneas discontinuas representan paths no significativos.</i>	92
Figura 9 <i>Solución estandarizada del modelo estructural final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Todos los parámetros están estandarizados. Las líneas discontinuas representan paths no significativos.</i>	93

Resumen

El número de personas adultas mayores se incrementa a escala global de un modo acelerado y sostenido. México y el estado de Chihuahua, no se encuentran exentos a esta realidad; ello demanda intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de este sector poblacional. Es por eso, que el propósito de esta investigación fue generar un modelo estructural multifactorial, que explicara la dependencia funcional e interrelaciones, entre variables asociadas a la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y diseño transversal, que involucró un total de 605 sujetos, residentes en la ciudad de Chihuahua, México; utilizando el Cuestionario de Salud SF-36 y la Escala de Satisfacción con la Vida. Los análisis psicométricos y la generación y prueba de los modelos propuestos se realizaron mediante los paquetes SPSS y AMOS. Los análisis factoriales confirmatorios, pusieron de manifiesto una estructura tetrafactorial para el Cuestionario de Salud SF-36 y se confirmó que una estructura unifactorial es viable y apropiada para la Escala de Satisfacción con la Vida. Por otro lado, de acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba de los modelos estudiados para predecir la percepción de Bienestar Subjetivo, se puede concluir que, en general las variables consideradas explican en más de un tercio la varianza total de dicha percepción en las personas adultas mayores. Por lo tanto, se aportan evidencias empíricas que facilitarán y mejorarán los resultados de intervenciones prácticas para esta población. Aun así, el alcance de los resultados obtenidos es limitado y es necesario el desarrollo de investigaciones futuras.

Palabras clave: persona adulta mayor; calidad de vida relacionada con la salud; bienestar subjetivo; modelos de ecuaciones estructurales.

Abstract

The number of older adults people is increasing on a global scale in an accelerated and sustained way. Mexico and the state of Chihuahua are not exempt from this reality; this requires interventions aimed at improving the quality of life of this population sector. Therefore, the purpose of this research was to generate a multifactorial structural model, which would explain the functional dependence and interrelationships, between variables associated with the perception of Health-Related Quality of Life and Subjective Well-being in older adults people. A study with a quantitative approach and cross-sectional design was carried out, which involved a total of 605 subjects, residing in the city of Chihuahua, Mexico; using the SF-36 Health Questionnaire and the Satisfaction with Life Scale. The psychometric analyzes and the generation and testing of the proposed models were carried out using the SPSS and AMOS packages. Confirmatory factor analyzes revealed a tetrafactorial structure for the SF-36 Health Questionnaire and confirmed that a unifactorial structure is viable and appropriate for the Satisfaction with Life Scale. On the other hand, according to the results obtained in the test of the models studied to predict the perception of Subjective Well-being, it can be concluded that, in general, the variables considered explain by more than a third the total variance of said perception in older adults people. Therefore, empirical evidence is provided that will facilitate and improve the results of practical interventions for this population. Even so, the scope of the results obtained is limited and future research is necessary.

Keywords: older adults people; health-related quality of life; subjective well-being; structural equation models.

Introducción

Para designar a las personas que sobrepasan los 60 años de edad, se utilizan indistintamente diversos vocablos, entre ellos: ancianos, abuelos y adultos mayores. Al respecto, en lo subsiguiente se utilizará el término “persona adulta mayor”, de conformidad con las disposiciones del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado Chihuahua, así como, con lo estipulado en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de Estados Americanos, [OEA], 2015). Lo anterior evidencia un avance en la garantía de los derechos fundamentales de dichas personas.

México experimenta un intenso y acelerado proceso de cambio en la distribución por edades, pues transita hacia una población más envejecida. Según las estadísticas del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2015, uno de cada diez mexicanos, tenía 60 años o más. Sin embargo, para el año 2050 dicha proporción se duplicará (Consejo Nacional de Población, [CONAPO], 2015). En el estado Chihuahua, de los 3.5 millones de habitantes que poseía en el año 2015, el 6.5% sobrepasaban los 65 años de edad y para el año 2030, dicho sector poblacional representará el 10.2% (Consejo Estatal de Población, [COESPO], 2017).

Al proceso gradual de envejecimiento de la población lo acompañan cambios en el perfil epidemiológico, ello implica variadas afectaciones, entre estas la incidencia de enfermedades crónicas, así como degenerativas del sistema osteomioarticular, con mayor implicación de los miembros inferiores, las que generalmente propician múltiples limitaciones funcionales, con sus consiguientes implicaciones psicológicas y sociológicas (Barragán, 2016; González, 2018; Martos et al., 2010; Pérez et al., 2019).

Los avances en las ciencias de la salud, unido a otros aspectos, permitieron incrementar de manera evidente la esperanza de vida de las personas. Aunque, debido a las crecientes necesidades humanas, en la actualidad no es suficiente vivir más tiempo; es necesario mantener durante la vejez, un buen estado de salud y calidad de

vida. La calidad de vida es un constructo que incluye indicadores objetivos y subjetivos. Esta, en la vejez, en términos de bienestar general, puede definirse como el estado subjetivo que se manifiesta como expresión de la satisfacción con la vida y la moderación emocional. En sí misma, expresa el respaldo con que se cuenta para cubrir las demandas básicas, así como la adaptabilidad de las personas adultas mayores al actual período de vida (Boggatz, 2016).

En las personas adultas mayores, la percepción de calidad de vida está determinada por diferentes dimensiones que en otros grupos de edad no se consideran. Entre ellas se encuentran la jubilación, modificaciones en la estructura familiar, cambios en la participación social y limitaciones funcionales. Sin embargo, el estado actual de salud, es de los mayores determinantes de la calidad de vida (Campos et al., 2018). Al respecto, debe entenderse por Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la percepción subjetiva de la suficiencia para ejecutar aquellas actividades significativas para el individuo, condicionada por el estado actual de salud (Melguizo et al., 2012).

La calidad de vida se encuentra asociada con la percepción de bienestar del individuo, esto incluye el nivel del bienestar físico, psíquico y social. De este modo, las circunstancias y condiciones objetivas de vida, junto con la percepción del bienestar personal, pueden constituirse como un indicador del nivel de calidad de vida, que estará matizado entre otros factores por la propia idiosincrasia de cada cultura (Amador & Esteban, 2015).

El estudio del Bienestar Subjetivo (BS) satisface la necesidad de explorar el modo de potenciar las cualidades y virtudes que median de un modo positivo en la calidad de vida de las personas (Steptoe et al., 2015) e incorporarlas hacia un desarrollo conjunto como naciones, independientemente de sus indicadores económicos (Chacón, 2015). Así, el BS contiene el estado emocional en un instante específico y la satisfacción en relación con los dominios de la vida; que se desglosa de la apreciación global de la propia vida (Diener et al., 1999).

De este modo, la satisfacción vital o satisfacción con la vida, es el estado psicológico que se manifiesta como resultado del intercambio del individuo con el entorno; es el componente cognitivo del BS que se expresa mediante las estimaciones globales que las personas hacen de sus vidas (Diener, 2006). Entre sus factores determinantes se destacan: salud, discapacidad física, variables socioeconómicas, edad, género, nivel de educación y estado civil (Rubio, 2016).

Motivadas por los efectos del envejecimiento, a escala global se desarrollan investigaciones sobre CVRS y BS en personas adultas mayores (Aguirre, 2017; Lee & Oh, 2020; López et al., 2019; Rodríguez, 2017; Su et al., 2021; Torres & Flores, 2018). A pesar de eso, hasta este momento no se encuentran referentes que fundamenten la interrelación entre las dimensiones que integran ambos constructos. Por otra parte, al analizar diversas intervenciones encaminadas a mejorar la CVRS en este grupo etario, entre ellas las publicadas por los autores Herrera et al. (2017); Valle et al. (2016) y Awick et al. (2015), se pudo constatar que no tienen en cuenta la interrelación entre factores vinculados a la percepción de calidad de vida y las dimensiones que la integran, lo cual limita la efectividad de las mismas.

Con el propósito de estudiar los factores determinantes de la CVRS, así como sus correlaciones con diversas variables en personas adultas mayores, se llevaron a término disímiles investigaciones; se destacan entre estas las de López et al. (2019); Bjerk et al. (2018); Campos et al. (2018); Chaves-García et al. (2017) y Sánchez et al. (2017). El procesamiento estadístico de las mismas, se sustenta en la utilización de modelos de regresión lineal, útiles para modelar la relación entre dos o más variables. Sin embargo, no contemplan relaciones entre variables observadas y latentes en un mismo modelo, ni se consideran los errores de medición, esto limita la trascendencia de los hallazgos.

En contraposición a lo anterior, la utilización de ecuaciones estructurales, ofrece la oportunidad de argumentar modelos que expliquen la dependencia funcional e interrelaciones entre las variables que se estudian (Rivera, 2018). En este sentido, diversas investigaciones acerca de CVRS y BS las utilizan (Boloorsaz, 2019;

Brandolim et al., 2018; Couto et al., 2017; Fernandes et al., 2020; Rivera-Hernandez, 2016). No obstante, hasta este momento, no se encuentran referentes en los que se propongan modelos estructurales que relacionen ambos constructos.

A partir de los elementos antes expuestos, emerge la necesidad de solucionar el **problema científico** siguiente: ¿Cómo fundamentar la dependencia funcional e interrelaciones, entre variables asociadas a la percepción de CVRS y sus correlatos con el BS en personas adultas mayores? El mismo, se manifiesta en el **objeto de estudio de la investigación**: las relaciones existentes entre la percepción de CVRS y el BS en personas adultas mayores. Para dar solución al problema científico, se planteó como **objetivo general**: establecer un modelo estructural multifactorial, que explique la dependencia funcional e interrelaciones, entre variables asociadas a la percepción de CVRS y sus correlatos con el BS, en personas adultas mayores chihuahuenses.

La porción del objeto sobre la que se actúa se concreta en el **campo de acción**: modelos de ecuaciones estructurales para la percepción de CVRS y el BS en personas adultas mayores. Las inquietudes hipotéticas que pretenden solucionarse se expresan en las **preguntas de investigación** siguientes:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la utilización de ecuaciones estructurales, para fundamentar modelos explicativos de percepción de CVRS y BS en personas adultas mayores?
2. ¿Cuál es la percepción de CVRS y BS en las personas adultas mayores estudiadas?
3. ¿Cuál es la estructura factorial más viable y adecuada para el Cuestionario de Salud SF-36?
4. ¿Cuál es la estructura factorial más viable y adecuada para la Escala de Satisfacción con la Vida?
5. ¿Cuáles son las relaciones explicativas que se mostrarán en un modelo de ecuaciones estructurales, entre variables asociadas a la percepción de CVRS y sus correlatos con el BS en personas adultas mayores chihuahuenses?

Estructura del Trabajo

Este trabajo se ha estructurado en torno a V capítulos:

Capítulo I: en este capítulo se presenta una serie de nociones, basadas en la investigación científica sobre las variables estudiadas, las teorías existentes que tratan de explicarlas y sus implicaciones en la cultura actual.

Capítulo II: este capítulo está dedicado a pormenorizar la metodología utilizada y los principales resultados sobre el análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36.

Capítulo III: este capítulo está dedicado a pormenorizar la metodología utilizada y los principales resultados sobre el análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida.

Capítulo IV: dedicado a pormenorizar la metodología utilizada y los principales resultados sobre el análisis y prueba de los modelos que explican la dependencia funcional e interrelaciones entre las variables estudiadas mediante modelos de ecuaciones estructurales.

Capítulo V: aquí se presentan las conclusiones y discusiones sobre los principales aportes de la tesis. Además de exponer las limitaciones del trabajo e incluir algunas perspectivas de investigación.

El estudio se completa con las **Referencias bibliográficas** y los **Anexos**.

Capítulo I: Marco Teórico

A continuación, se presentan los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la utilización de ecuaciones estructurales, para fundamentar modelos explicativos de percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores.

Datos demográficos de México y del estado Chihuahua

México se encuentra entre los países más poblados del mundo superando los 126 millones de habitantes. Al mismo tiempo, experimenta un proceso acelerado de cambio en la distribución por edades y transita de una sociedad joven a una más envejecida. Se estima que para el año 2050, las personas adultas mayores, representarán el 21.5% de la población total (INEGI, 2020). Asimismo, la población infantil está disminuyendo y se prevé lo continúe haciendo, lo que evidencia los efectos de la transformación demográfica (Secretaría de Gobernación, [SEGOB], 2019).

En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, si se tiene en cuenta que, en 1930 era de apenas unos 34 años. En 1970 se encontraba en los 61; para el año 2000 se alcanzan los 74 y en 2016 es de 75.2 años como promedio. Por otra parte, disminuye de modo significativo el número de hijos, lo que afecta el umbral de remplazo. Si a esto se le suma que, la tasa de mortalidad infantil supera los 13 por cada mil nacidos vivos, el resultado es una disminución de la población (SEGOB, 2019).

Chihuahua es la entidad federativa más extensa de México, representa el 12.6% de la superficie total del país. En ella residen 3 millones 741 mil 869 habitantes, ocupando el lugar 12 a nivel nacional (INEGI, 2020). La esperanza de vida al nacer es de 73.5, y la mortalidad infantil, supera la media nacional, pues se encuentra en 18.5 por cada mil nacidos vivos. La población de 0-14 años representa el 28.1% del volumen total y la tasa de fecundidad se mantiene disminuyendo, a mediados de año se ubicaba

en 2.3 hijas/os por mujer. Entretanto, la población de personas adultas mayores representa el 6.5 del total; aunque, se prevé que para el año 2030 dicho sector poblacional representará el 10.2% (Consejo Estatal de Población, 2017).

Tanto a nivel de país como estatal, la transición demográfica, causada mayormente por la disminución de la mortalidad y la fecundidad, provocan cambios significativos en la estructura etaria de la población. Es importante destacar que, a los factores antes mencionados, se suman otros como la migración y las transformaciones socio-culturales y político-económicas que experimentan la sociedad mexicana. Todo esto, ha dado lugar a un acelerado proceso de envejecimiento poblacional.

Proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento, visto en un contexto propiamente demográfico, no es más que el aumento progresivo del número que las personas adultas mayores representan en la población total (Partida, 1999). Acerca de este proceso, se realizan numerosas publicaciones, con cierto énfasis en el envejecimiento patológico. Si se tiene en cuenta el nivel de vulnerabilidad que se alcanza a partir del paso de los años, es normal que así sea. No obstante, en lo adelante se hará referencia a los cambios que se producen en el organismo como consecuencia del decursar del tiempo; para nombrar este proceso se utilizará el término de envejecimiento normal.

Al respecto, debe entenderse como un envejecimiento normal, los cambios y deterioro biológicos y psicológicos producidos por el paso del tiempo sobre el organismo; es decir, un envejecimiento sin morbilidades en sentido general. A su vez, dentro de esta clasificación de envejecimiento normal, pueden encontrarse otras dos sub-clasificaciones: el envejecimiento normal saludable, que supone la exención de enfermedades, morbilidades y comorbilidades; y el envejecimiento óptimo, que además de ser saludable, no requiere la utilización de fármacos y es semejante al que el individuo vivió en edad adulta, pero con menor movilidad y destrezas (Gutiérrez, 2016).

El estudio del envejecimiento ha mostrado dos claras tendencias, una, con fundamento en la teoría de Platón, quien ofrece una visión positiva de la persona que envejece y mantiene su actividad durante esta etapa para la cual se ha preparado toda la vida. La otra con sustento en los postulados de Aristóteles, quien veía a la vejez como un lastre, como una enfermedad natural, dado el deterioro físico y mental del individuo (Fernández-Ballesteros, 2009b). Teniendo en cuenta la diversidad de criterios en torno al envejecimiento y su conceptualización, se considera oportuno referir algunas de las definiciones planteadas por diversos autores, desde el punto de vista biológico, psicológico y sociológico, así como visiones holísticas de este proceso.

El envejecimiento es el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. Esto conduce a una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales, así como al incremento del riesgo de padecer enfermedades y finalmente a la muerte (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2018) (p. 1).

A su vez, es un proceso multifactorial complejo que se caracteriza por el deterioro progresivo de la integridad fisiológica, que lleva a un decrecimiento funcional y a una mayor susceptibilidad (Gutiérrez, 2016).

El envejecimiento psicológico, es una respuesta general al tiempo, que produce cambios visibles y lleva a la persona adulta mayor a un estado de tensión, ansiedad, estrés y vulnerabilidad, que son producidos principalmente por el contexto social y las enfermedades (Rodrigues, 2017). Es una etapa vital que es entendida desde los cambios en cuanto a funciones cognitivas. Aborda los procesos sensoriales y perceptuales y cómo estos manifiestan cambios a medida que el individuo envejece. Las modificaciones más significativas son a nivel motor y de memoria. El proceso de aprendizaje se hace más lento y la personalidad también experimenta cambios (Sánchez, 2005).

Desde este punto de vista, son cambios tanto psicológicos como emocionales, que alteran la conducta manifiesta por las personas adultas mayores. Esto dificulta las

cosas para ellos mismos y para las personas que tienen que cuidarlos o con quienes viven. Generalmente son el resultado de la tristeza por el fallecimiento de un ser querido, la jubilación, o el cambio de casa al tener que ingresar a un centro para su cuidado (Papalia et al., 2017).

A menudo, el término “envejecimiento social” se asocia al envejecimiento poblacional, sin embargo, al ser este, un fenómeno visible e interpretable desde varias aristas, se considera oportuno hacer alusión a algunos de los principales cambios desde la perspectiva social. Usualmente las personas adultas mayores experimentan una reducción en sus interacciones sociales, vistas como los cambios en los hábitos con la familia, los amigos, relaciones de trabajo y dentro de las organizaciones religiosas, recreativas, grupos políticos entre otros (Rodríguez, 2000).

Visiones holísticas del envejecimiento, expresan que este, es un largo proceso biopsicosocial, a través del cual se producen intercambios entre el organismo biológico, la persona y el entorno (Bandura, 2002). Desde una amplia perspectiva, sucede a lo largo del ciclo de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, que debe ser visto como una etapa de plena sapiencia, consecuencia de toda la experiencia adquirida (Fernández-Ballesteros, 2004a; Muñoz, 2008). Es un proceso biológico, social y psicológico, resultado de la interacción de la herencia, el entorno y la conducta (De Miguel, 2001). Aunque estará presente desde la misma concepción hasta la muerte, cada individuo envejece de un modo distinto (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Hasta aquí, se hace patente que el envejecimiento es universal, progresivo, individual y asincrónico, además se adecua al entorno y contexto de los pueblos; en consecuencia, es un proceso complejo y variado que depende de una multiplicidad de factores. Al respecto, diversas teorías y enfoques lo argumentan; a continuación, se reseñarán las más difundidas.

Teorías del envejecimiento

El envejecimiento del organismo humano es un proceso normal e irreversible de la vida, que inicia desde la propia concepción. Al poseer tanto intrínseca, como extrínsecamente una naturaleza multicausal, requiere para su estudio un abordaje holístico. Al respecto, para la argumentación de dicho proceso se han propuesto numerosas teorías y puntos de vista. En esta investigación se siguen las líneas biológicas, psicológicas y sociológicas de acuerdo con el criterio de la autora Fernández-Ballesteros (2004b). A continuación, se describen del modo más escueto posible.

Teorías biológicas

Estas teorías, se encuentran fundamentadas sobre la base de dos principios. Por una parte, se encuentran las tres etapas esenciales en todo organismo: crecimiento y desarrollo, madurez, e involución y declive. Este proceso se manifiesta inequívocamente, salvo que ocurra una alteración que ocasione la muerte. Por otro lado, durante el envejecimiento, se producen dos procesos casi en consecuencia uno de otro: el descenso fisiológico y la mayor incidencia de enfermedades (Segovia & Velarde, 1997). Al consultar el trabajo de Dulcey (2016), este argumenta que de acuerdo con el biólogo Medvedev, en la década de los 90 ya existían alrededor de 300 teorías fundamentando el proceso de envejecimiento. En lo siguiente, se referirán algunas de las más significativas.

En las teorías genéticas, se pueden identificar tres tendencias, las cuales atribuyen al medio celular la responsabilidad de los daños inducidos al ADN (Gaviria, 2007). La primera es la teoría de la regulación génica, y argumenta que cada especie posee un conglomerado de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción. La teoría de la diferenciación terminal, instituye que el envejecimiento celular se debe a una serie de transformaciones en la expresión genética. Por último, la teoría de la inestabilidad del genoma, que sustenta la inestabilidad del genoma como motivo del envejecimiento (Cervera, 2018).

Las teorías celulares hacen referencia a los cambios estructurales o funcionales en las células. Dichos cambios, se presentan generalmente con el decursar del tiempo, mediante la interacción con el medio ambiente, generan los cambios propios del proceso de envejecimiento. La pérdida de información en el ADN de las células durante dicho proceso, dificulta la duplicación de estas, lo que influye en la división y muerte celular (Burke, 1998).

La teoría de los radicales libres, propuesta inicialmente por Denham Harman en 1956, de acuerdo con diversos estudios, es hasta la fecha la más notoria para comprender el proceso del envejecimiento. Se sustenta en que, este proceso, es consecuencia del inapropiado manejo al daño que ocasionan los radicales libres y el estrés oxidativo a cada uno de los tejidos, durante toda la vida. Dicha oxidación se acentúa mediante el consumo desmedido de comida chatarra, unido a otros hábitos y estilos de vida no saludables (Rico et al., 2018). Por su parte, la teoría de la desdiferenciación, argumenta que, el cúmulo de variaciones en el genoma altera la homeostasia celular, liberando infinidad de reacciones perjudiciales que conducen al fallecimiento (Cutler, 1982).

Teorías psicológicas

Desde la psicología, es muy difícil explicar el proceso de envejecimiento, aunque, sí es posible describir, e incluso llegar a predecir los cambios que se manifiestan con la edad en el desempeño psicológico del ser humano (Fernández-Ballesteros, 2004b). Para la descripción del envejecimiento desde el punto de vista psicológico, se seguirán cuatro grupos de teorías: teoría del desarrollo, enfoque del ciclo vital, teoría de la actividad y teoría de la continuidad.

El estudio del desarrollo psicológico del ser humano, se subdivide en fases o etapas. Muchas de estas clasificaciones tienen como base los fundamentos de (Erikson, 1950, 1968, 1985, 2000). Este autor, argumenta el desarrollo humano desde la infancia hasta la senectud y lo divide en lo que llamó las “ocho edades del hombre”. Para que se produzca el tránsito de una a la otra, tienen que resolverse positivamente

los conflictos que de cada una de ellas emana. Dichos conflictos, generan “crisis”; la naturaleza de estas es diferente y fluctúan entre los polos positivo-negativo. La vejez es el período en que se manifiesta la octava crisis. La contradicción se muestra entre la necesidad y el deseo de envejecer favorablemente y la ansiedad provocada por los pensamientos de disminución de la autonomía y el deceso (Erikson, 2000).

El enfoque del ciclo vital, de acuerdo con el criterio de varios estudiosos, se considera el fundamento teórico más completo en la psicología del envejecimiento. Este se concibe como un proceso complejo, en el que es posible la recuperación, incremento y aprendizaje de habilidades en edades avanzadas. Esta teoría expone el proceso de desarrollo psicológico durante la vida del individuo (incluyendo la vejez) y argumenta que, la sucesión de fases de desarrollo, está determinada por procesos biológicos y sociales, esto se manifiesta en la variabilidad intra-individual (Baltes et al., 2005).

La teoría de la actividad formulada originalmente por Cavan, Havinghurst y Albrecht en las décadas de los 50 y 60, se sustenta en que, cuanto más activas sean las personas adultas mayores, mayor satisfacción alcanzarán en su vida. Destacan además, la importancia de una apropiada interacción social y su papel en el desarrollo del autoconcepto en la vejez. El autoconcepto guarda una estrecha relación con los roles que desempeñaron las personas. Al llegar la vejez, y producirse la pérdida de roles, estos deben sustituirse por nuevos roles, que favorezcan mantenerse activas y participativas con el propósito de producir bienestar (Oddone, 2013).

La teoría de la continuidad, surgió como una interpretación de las adaptaciones que la persona adulta mayor realiza con la intención de mantener su autonomía personal, aún en las condiciones más adversas. Independientemente de la condición actual de salud, y el entorno social en el que se desempeñen las personas adultas mayores, estas generalmente conservan sus esquemas de pensamiento y el tipo de actividades que realizaron en las etapas anteriores. En este contexto, la continuidad es una estrategia adaptativa que permitirá a dichas personas enfrentar y sobreponerse a cuestiones como la viudez (Zarebski, 2005).

Teorías sociológicas

Las teorías sociológicas sobre el envejecimiento, agrupan a todas aquellas que estudian la participación de las personas adultas mayores en la sociedad, las que explican los problemas asociados al envejecimiento y la influencia de los aspectos culturales y sociales sobre el mismo. Algunas de estas teorías se complementan mientras otras se excluyen mutuamente. Entre ellas, se encuentran las siguientes: teoría de la desvinculación, teoría de la subcultura y teoría de la modernización.

La teoría de la desvinculación, aparece en la década de los 50 del pasado siglo. La esencia de esta, indica que el proceso de envejecimiento normal se caracteriza por una paulatina y finalmente ineludible desvinculación de la sociedad, y por consiguiente una disminución de las interacciones sociales. Se trata de un proceso de desvinculación recíproca y universal, en el que las personas adultas mayores se retiran de la sociedad, -dejando paso a las nuevas generaciones- y estas, asumen los compromisos de dichas personas (Sancho, 2013).

La teoría de la subcultura, fundamentada por Rose a finales de la primera mitad de la década de los 60, expone la idea de que las personas adultas mayores sostienen una tendencia a interactuar más con otras de su edad, dadas las concordancias en rasgos, por ser de una misma generación. Esto favorece las relaciones entre ellos y sienta las bases en lo que denominó una “subcultura de esa edad”. En este sentido, la tesis fundamental de su autora, expresa que dichas personas conservan su percepción del yo e identidad social, mediante la participación en una subcultura (Segura, 2015).

La teoría de la modernización, fundamentada por Cowgill y Holmes, a inicios de la década de los 70, tiene como sustento que las modificaciones en los sistemas sociales en función del grado de industrialización, provoca cambios en los estatus de las personas adultas mayores. La posición de dichas personas, es inversamente proporcional al grado de industrialización de una sociedad, utilizando como argumentos que estas, se encuentran relegadas en las sociedades industrializadas.

En contraposición a la condición que ostentaban en las sociedades tradicionales, donde exhibían gran reconocimiento por su sabiduría (Fernández-Alonso, 2020).

Caracterización general de las personas adultas mayores desde el punto de vista morfofuncional y psicosocial

Características morfofuncionales de las personas adultas mayores

Los cambios que provoca el proceso de envejecimiento son inevitables, sin embargo, como ya se manifestó, el ritmo de envejecimiento es individual y está determinado por múltiples factores. Teniendo en cuenta estos elementos, las características morfofuncionales de las personas adultas mayores pudieran concretarse en los aspectos siguientes:

- Ocurre una disminución de los cardiomiocitos y aumenta la matriz extracelular, esto propicia que la frecuencia cardíaca máxima disminuya como promedio, menos de un latido por minuto cada año, en la medida que se envejece; por tanto, se incrementa el riesgo de arritmias. El volumen sistólico máximo y el gasto cardíaco tienden a disminuir con la edad.
- La capacidad vital y el volumen respiratorio forzado, disminuyen linealmente con el paso de los años. La capacidad aeróbica se reduce en alrededor del 10% por década en las personas con hábitos y conductas sedentarias.
- Disminuye la masa cerebral y el líquido cefalorraquídeo aumenta, por lo que se producen pérdidas neuronales. Esto trae consigo una menor focalización en actividad neuronal, menor velocidad de procesamiento, disminución de la memoria de trabajo y una menor destreza motora. Por consiguiente, se ralentiza la respuesta a los estímulos.
- Pérdida de la masa muscular; en ella se incrementa la infiltración grasa. Como consecuencia la fuerza máxima disminuye de forma sostenida. Esto favorece una mayor fragilidad y los hace más propensos a las caídas.
- Producto al proceso degenerativo articular aparecen la artrosis, artritis y lesiones en los discos intervertebrales (Salech et al., 2012).

Características psicosociales de las personas adultas mayores

Al manifestarse la octava crisis de integridad del yo frente a desesperación, la persona adulta mayor analiza su vida pasada, su decursar, así como los objetivos trazados (cumplidos o no). En este punto, se enfocan un poco más en la espiritualidad, las relaciones sociales y algunas llegan a alcanzar la sabiduría (Erikson, 2000). A continuación, se relacionan una serie de cambios en las funciones psicológicas más importantes (funciones cognitivas y funciones afectivas) que se manifiestan en las personas adultas mayores como resultado del proceso de envejecimiento normal, siguiendo los criterios de (Fernández-Ballesteros, 2004b, 2009a, 2009b, 2011).

Funciones cognitivas

Las personas adultas mayores poseen una demostrada y amplia capacidad de aprendizaje. No obstante, como consecuencia del proceso de envejecimiento, las funciones cognitivas se tornan menos eficientes. Un área de la función cognitiva que se sabe disminuye es la función ejecutiva: los procesos cognitivos, vinculados principalmente a la corteza prefrontal del cerebro, que guían y regulan el comportamiento determinado y dirigido a objetivos (Huang et al., 2014).

Estos procesos cognitivos incluyen la planificación, el control de interferencias, la coordinación de tareas, el cambio, la actualización, la inhibición y la memoria de trabajo (Miyake & Friedman, 2012); los que juegan un papel importante en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, así como en las actividades instrumentales más complejas (Ikeda et al., 2019). Dada la importancia de los procesos de la función cognitiva en la realización de las tareas diarias, la disfunción cognitiva puede estar asociada con una disminución en el funcionamiento cotidiano, que, a su vez se encuentra particularmente asociado con enfermedades neurodegenerativas relacionadas con la edad, como la enfermedad de Alzheimer (Martyr & Clare, 2012).

Sobre este particular, existen evidencias que demuestran que la realización de ejercicios intelectuales (crucigramas, juego de palabras, entre otras opciones) mejoran

este funcionamiento en la vejez. Por otra parte, las personas que realizan actividades intelectuales formando parte de su cotidianidad, presentan una menor propensión a manifestar trastornos de demencia. En las personas adultas mayores, pese al mencionado descenso que puede producirse, se conoce además que acontecen transformaciones favorables en el funcionamiento intelectual, de ahí que logren alcanzar una razonable sabiduría (Jaskilevich et al., 2016; Lara et al., 2019; Vega et al., 2016).

Funciones afectivas

Los sentimientos y las emociones conforman la afectividad. La personalidad y el funcionamiento intelectual son los predictores más potentes de la afectividad. Durante la vejez, es común que acontezcan enfermedades (en ocasiones múltiples), deceso de allegados, lejanías de hijos y demás familiares; a esto se le suma en algunos casos discapacidades y/o dependencia. Todas estas manifestaciones favorecen que las personas adultas mayores perciban que se acerca el final de la vida. Esto, ocasionalmente conduce a reacciones afectivas perjudiciales como: depresión, aislamiento y angustia.

No obstante, disímiles publicaciones reportan que no existe influencia de la edad en la expresión verbal de la experiencia de felicidad. Asimismo, que las personas adultas mayores no manifiestan menor felicidad, bienestar, afectividad o satisfacción con la vida, incluso al compararlos con personas más jóvenes (Cortese et al., 2018; Góngora & Castro, 2018; Meléndez et al., 2018; Segura et al., 2019). Entre los fundamentales hallazgos de estos estudios se encuentran los siguientes:

- Las personas adultas mayores perciben emociones con similar frecuencia e intensidad que cuando son más jóvenes.
- De los 60 años en adelante, es menos frecuente la experiencia emocional negativa. Es común expresar más “felicidad, gratitud, alegría”, que “tristeza y frustración”.

- La avanzada edad favorece una mayor conexión entre cognición y afectos; esto propicia que las personas adultas mayores regulen las emociones. De este modo, maximizan las vivencias positivas sobre las negativas.

Calidad de vida

La utilización inicial del término “calidad de vida”, data de finales de los años 50 e inicios de los 60 del siglo pasado. Su surgimiento se encuentra relacionado con las consecuencias de la creciente industrialización y su consiguiente deterioro del medio ambiente (Barandika, 1999). Durante el decursar del tiempo diversos autores han aportado definiciones de calidad de vida (Amador & Esteban, 2015; Bigelow et al., 1991; Choi et al., 2017; Haas, 1999; Lawton, 1999; Lawton et al., 2001; Martin & Stockler, 1998; Millán, 2011; Olof, 1982; Shaw, 1990; Tuesca, 2005; WHO QoL Group, 1998).

En los constructos que exponen, contemplan tanto factores objetivos como subjetivos, ya sea de un modo explícito o tácito. Los primeros, relacionados con los bienes materiales y solvencia económica. Los segundos, vinculados a la percepción de bienestar, donde ocupan un papel preponderante diversos indicadores de salud. No obstante, es común la diversificación de criterios, dimensiones, indicadores y la forma de evaluarlos, conforme con las disciplinas o ciencias en las cuales se utilicen.

Al realizar un estudio de la evolución del constructo calidad de vida, se encuentra que éste, ha sido utilizado mayormente en el campo de las investigaciones en las ciencias biomédicas. A pesar de eso, posee gran relevancia para las ciencias sociales y económicas. De acuerdo con Barofsky (2012), esto, lejos de ser beneficioso resulta perjudicial, pues el uso habitual del mismo, constituye una limitante, tanto para su definición como para su medición.

Aunque el término calidad de vida se ha ido utilizando cada vez más, no solo en el área de la salud, sino en diversas áreas del conocimiento como medida de bienestar. Se considera que no existe aún una definición única ni completa, por lo que

indistintamente y de un modo erróneo en ocasiones se trata como sinónimo de salud, estado de salud, felicidad, entre otros. Esto provoca un sinnúmero de confusiones y malas interpretaciones (Urzúa & Caqueo, 2012). Teniendo en cuenta lo antes expuesto, debe entenderse que:

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (WHO QoL Group, 1998) (p.551). Está asociada con la personalidad (...), con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada con su propia experiencia, su salud y su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores (Vera, 2007) (p.285).

Modelos teóricos de calidad de vida

Con el propósito de argumentar las relaciones entre los factores que integran el constructo calidad de vida, se desarrollaron diversos modelos teóricos. A continuación, se referirán algunos de ellos y sus principales características.

Modelo ecológico de Lawton

Este modelo, es descrito por Powell Lawton a mediados de la década de los 70. Su esencia radica en que argumenta que la percepción de bienestar general de las personas es el resultado de las interacciones entre estas y el medio ambiente, unido al efecto de las características personales (salud, personalidad, actitudes) y circunstancias del entorno familiar y social (Domínguez, 2019). Se considera como una de las aportaciones de mayor connotación, pues expresa la capacidad de adaptarse y desarrollar afectividad positiva como resultado de la articulación entre el nivel de competencia y la influencia ambiental (Yanguas, 2006).

Modelos comportamentales

Estos, defienden la tesis de que la calidad de vida dependerá además del bienestar psicológico y la satisfacción, de los comportamientos (actitudes) de las personas en función de vivir una vida de calidad. Desde la perspectiva comportamental la calidad de vida consiste en que se disfrute haciendo las cosas que se tienen, pueden y deben hacer; siendo esta la clave del éxito. Por supuesto, ello no significa desdeñar aspectos importantes como la condición de salud, el apoyo social entre otros (Csikszentmihalyi, 1998; Kaplan, 1994; Reig, 2000).

Modelos de bienestar

La base de los modelos de bienestar radica en los postulados de Diener, Suh, Lucas y Smith, a finales de la década de los 90. Estos autores fundamentaron que vivir una vida de calidad estaba condicionada mayormente por la felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud. A partir de estos presupuestos, se desarrollaron dos modelos: modelo de satisfacción y modelo de importancia/satisfacción (Yanguas, 2006).

El modelo de satisfacción, se argumentó por los autores Lehman, Ward y Linn, así como por Baker e Intagliata a inicios de los años 80. Sus hipótesis giran en torno a la suposición de que el nivel de calidad de vida que experimentan los individuos, dependerá de si sus condiciones reales de vida les permite solvencia económica, y satisface sus necesidades y deseos. Por su parte, el modelo de importancia/satisfacción postulado por Becker, Diamond y Sainfort a inicios de la década de los 90, incorpora la satisfacción subjetiva de las personas (pacientes). Es importante señalar que, aunque sus autores enfatizan en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de dichas actitudes (Sanchez et al., 2011).

Modelo de desempeño de rol

Este modelo de calidad de vida, expone la teoría de que la felicidad y la satisfacción, se relacionan con las condiciones socio-ambientales necesarias para satisfacer las necesidades esenciales. Básicamente fundamenta que los seres humanos interactúan con oportunidades, tanto materiales como sociales, que en la medida en que estos, utilicen sus capacidades cognitivas, afectivas, perceptivas y conductuales, podrán satisfacer sus necesidades. (Bigelow et al., 1982).

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

Entre los intentos por argumentar un modelo dinámico de calidad de vida, sobresale el propuesto por Michalos en 1990. También se difundió con el nombre de Teoría de las Diferencias Múltiples (Castel, 2002). Este modelo, considera que el nivel de satisfacción de un individuo está determinado por tres tipos de comparaciones: pasado y presente, situación que percibe en los demás, y lo que ha obtenido y lo que quería conseguir. En este, los niveles de satisfacción se valoran como el mecanismo conductor de este proceso y no como un resultado (Yanguas, 2006).

Modelo de homeostasis de la calidad de vida

El modelo de homeostasis de calidad de vida fue propuesto por Cummins en el año 2000. Este fundamenta un sistema integrado en el cual se desarrolla de un modo armónico el potencial genético de los individuos, con lo que él llamó un sistema de amortiguadores secundarios internos (integrado por tres procesos: control percibido, autoestima y optimismo); con el propósito de mantener el equilibrio de la calidad de vida subjetiva, independientemente de las fluctuaciones de la experiencia de la persona, mediante su interacción con el ambiente (Muñoz, 2019).

Las hipótesis de Cummins, sostenían que en situaciones en las que la interacción con el ambiente condujera a una situación desfavorable (fracaso), el sistema de amortiguadores absorbería el impacto. Por el contrario, si la experiencia negativa fuese

de un impacto muy alto, afectaría totalmente la calidad de vida subjetiva ocasionando su pérdida.

A partir del análisis de las anteriores definiciones de calidad de vida, así como la exposición de las principales características de los modelos teóricos desarrollados para su argumentación, en esta investigación se coincide con Aponte (2015), al expresar que:

Calidad de vida, es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, así como la salud objetivamente percibida (p. 159).

Durante el decursar del tiempo, la calidad de vida ha sido investigada teniendo en cuenta diferentes direcciones, inicialmente otorgándoles mayor importancia a los aspectos socioeconómicos y la consideración que las personas le dan a dicho constructo. En cambio, en la actualidad, las investigaciones en torno al mismo, incluyen otros causantes que determinan su percepción. Entre estos: condiciones médicas, psicológicas y sociales. En lo subsiguiente se hará referencia a la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas adultas mayores

Los estudios que abordan la calidad de vida en las personas adultas mayores, la definen en términos de calidad de vida positiva o negativa. “Positiva cuando se cuenta con relaciones familiares, sociales, buena salud y apropiadas condiciones materiales. En cambio, se hace una valoración negativa cuando tienen limitaciones funcionales

que las hacen dependientes, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales” (Estrada et al., 2011) (p.493).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), se refiere a aquellos aspectos del bienestar, que son afines o afectados por la presencia de una enfermedad, o por estar bajo algún tratamiento (Karimi & Brazier, 2016). En este punto, debe entenderse por salud, “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afectaciones o enfermedades” (OMS, 2015) (p.1). Dicho esto, la definición de CVRS, surge como un constructo que contempla aspectos objetivos y subjetivos, concretándose en las valoraciones de la percepción de salud por parte de los individuos (Rodríguez, 2017).

Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En las personas adultas mayores, la CVRS “incluye dimensiones biológicas, psicológicas y sociales propias de esta etapa, especialmente la capacidad funcional, la dificultad para cuidar de sí mismos y las situaciones de dependencia que les impiden disfrutar completamente de su vida social y familiar” (Cardona-Arias et al., 2016) (p.18). Luego de consultar diversos estudios, los autores Ruiz and Pardo (2015), resumen las dimensiones que con más frecuencia se refieren en diversas publicaciones e investigaciones científicas. A continuación, se relacionan las mismas.

- **Funcionamiento físico:** contiene elementos vinculados con la salud y el bienestar físico. Su propósito es evaluar la repercusión de diversas sintomatologías clínicas en la calidad de vida, entre ellas: déficit auditivo, de visión; trastornos del sueño; limitaciones en la movilidad y otras.
- **Bienestar psicológico:** agrupa los efectos del funcionamiento cognitivo; la posibilidad de narrar recuerdos; así como la posibilidad de pensar con claridad. Del mismo modo integra la vitalidad o energía y la percepción de potencial para hacer frente a las afectaciones de salud.

- Estado emocional: aúna estimaciones de la depresión y la ansiedad, entiéndanse los componentes emocionales del bienestar psicológico. Asimismo, incluye la evaluación de las preocupaciones.
- Dolor: mide la percepción del dolor, esté o no relacionado con la tenencia de enfermedades.
- Funcionamiento social: contiene los aspectos de la repercusión de la condición de salud, en la actuación social de las personas. Estos pueden ser incapacidades o limitaciones que propicien una afectación al rol social, o situaciones de aislamiento tanto temporal como permanente.
- Percepción general de salud: incluye las estimaciones subjetivas generales del estado de salud de la persona, así como de las ideas referentes a su condición actual de salud. Esta dimensión, generalmente se correlaciona con las antes descritas.

Teniendo en cuenta los elementos mencionados, debe entenderse por CVRS: “la percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, influenciada por el estado actual de salud” (Melguizo et al., 2012) (p.252).

Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores

Desde la antigüedad, los filósofos debatían acerca de la felicidad y en la forma que esta podía alcanzarse. Aristóteles postulaba que la felicidad verdadera se encontraba en la virtud, es decir en hacer lo que vale la pena hacer. Inicialmente, el bienestar era visto desde una perspectiva más materialista; luego los análisis enfatizaban en la perspectiva psicológica. Su estudio se ha manifestado en dos corrientes. Una relacionada con la felicidad, denominada bienestar hedónico o subjetivo; la otra, más relacionada al desarrollo del potencial humano, definida como bienestar eudaimónico o bienestar psicológico (Ryan & Deci, 2001).

Bienestar Subjetivo, felicidad y satisfacción con la vida

Los constructos Bienestar Subjetivo (BS), felicidad y satisfacción con la vida o satisfacción vital, se definen en psicología de modos muy diversos. Aunque entre éstos existe una interrelación estrecha, tienen distintos significados. No obstante, varios estudios los utilizan de manera indiferenciada (García-Viniegras et al., 2000; Palomar et al., 2004). Tomando este punto de partida, en lo siguiente se hará referencia a dichos constructos, con énfasis en el BS, por ser este parte del objeto de esta investigación.

La satisfacción “es un estado psicológico resultante de la transacción entre el individuo (personalidad), su entorno micro social (estado civil, familia, participación y apoyo social, satisfacción laboral), y macro social (ingresos, cultura)” (Díaz, 2001) (p.3). La satisfacción vital es el componente cognitivo del BS. Este se define como:

La valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de esta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre), siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos, los que tendrán mayor influencia sobre el bienestar personal (Diener, 1994) (p.55).

Por su parte la felicidad, es un “estado psicológico de tipo emocional y cognitivo de los seres humanos, que se encuentra distribuido en las poblaciones de los países, independientemente del nivel de desarrollo alcanzado por estos” (Aedo et al., 2020) (p.4). De este modo, tanto en países muy desarrollados, de abundantes riquezas y altos niveles de vida, como en otros subdesarrollados y con serias limitaciones, se encuentran personas felices, sin que intervengan de modo determinante sus niveles educacionales e ingresos económicos (Puebla, 2018). En la primera mitad de la década de los 80, Diener aporta una tesis de bienestar que hasta la actualidad mantiene total vigencia. Dicho autor lo definió como:

Una propiedad de la persona que se basa en criterios individuales para referirse a la satisfacción con la vida. Es el producto del contraste entre las experiencias afectivas positivas y las negativas (...). El BS, cuenta con varios modelos explicativos, aunque, principalmente, se suele definir el bienestar psicológico en dos mitades: por un lado, la parte afectiva, que se divide en afecto agradable y desagradable. Por el otro, la parte cognitiva, entendida como satisfacción con la vida (Diener & Emmons, 1984) (p.67).

Para Diener, “la satisfacción con la vida describe un proceso cognitivo de juicio, en el que la persona evalúa la calidad de vida de acuerdo a su criterio” (Diener et al., 1985) (p.43). De este modo, “es un juicio consciente, que se fundamenta en el contraste de la vida con un grupo de normas o estándares autoimpuestos, que lleva a la persona a evaluar globalmente la vida” (Sancho, 2013) (p. 2).

La definición del constructo BS, “se refiere a las evaluaciones que hacen las personas de sus propias vidas, que pueden ser juicios, tales como: satisfacción con la vida y las evaluaciones basadas en los sentimientos, incluidos los estados de ánimo y emociones” (Diener et al., 2003) (p. 65). Este a su vez depende de varios factores, entre los más sobresalientes se encuentran: edad, género, escolaridad, integración social e ingresos. Los que, presentan una evidente relación con la percepción del bienestar, felicidad y calidad de vida (Da Silva, 2014; Herrera et al., 2014).

A finales de la década de los 70, Larson (1978), publicó una revisión titulada “30 años de investigación sobre el BS de las personas adultas mayores norteamericanas”. Refirió que entre los factores determinantes de dicho constructo se encuentran: salud, discapacidad física, variables socioeconómicas, estatus material, edad, raza, género, nivel de educación, estado civil, disponibilidad de transporte, vivienda y formas sociales.

Teorías y modelos explicativos del Bienestar Subjetivo

Tanto el BS, como la satisfacción con la vida y la felicidad, cuentan con numerosas teorías que aportan explicaciones y aproximaciones a dichos constructos. A continuación, se hará mención a las más difundidas y referenciadas en las fuentes bibliográficas científicas.

Teorías finalistas

Las teorías finalistas o del punto final del BS, argumentadas por Wilson en 1960, esgrimen como principal tesis que el causante de la felicidad radica en tener satisfechas las necesidades, y por el contrario las carencias persistentes provocan la infelicidad. Expresan que la felicidad se logra al alcanzar las metas y objetivos propuestos, o cuando se soluciona una necesidad.

De acuerdo con este enfoque, existen algunos aspectos que pueden interponerse con el BS. Por ejemplo, las personas pudieran anhelar metas que impliquen felicidad a corto plazo, pero que tengan repercusiones perjudiciales futuras para la felicidad, debido a su interferencia con otras metas. Desde esta óptica, las metas y los deseos pudieran estar en conflicto, lo que implica la imposibilidad de satisfacerlos plenamente. Las personas podrían estar privados de felicidad debido a que no poseen metas ni deseos. O, por el contrario, pueden ser incapaces de alcanzar sus propósitos por carencias, ya sean de recursos o de destrezas, o simplemente por pretender objetivos de mayor exigencias (Calfupán et al., 2018; Diener, 1994).

Teorías del placer y el dolor

La teoría del proceso opuesto a la motivación, la fundamentó Salomón en 1980. Expresa que el placer y el dolor se encuentran interrelacionados estrechamente. Entre los presupuestos de estos enfoques, se resalta que mientras mayor es la necesidad, mayor es el júbilo cuando se consigue la meta. Al respecto, debe entenderse que, de estar totalmente satisfechos los deseos y las metas, no habrá una gran felicidad. Esta teoría exhibe como componente básico que:

El afecto opuesto cuando se pierde el objeto, será mayor después de producirse la habituación al mismo. Este modelo de adicción afirma que, con una exposición repetida, los objetos buenos pierden su poder de propiciar felicidad, aunque después de una exposición repetida, su pérdida producirá gran infelicidad (Rubio, 2016) (p. 139).

Teoría de la actividad

La mejor argumentación acerca de la actividad y el BS la realizó Csikszentmihalyi a mediados de la década de los años 70, con la teoría del flujo o *flow*. Dicho autor, explicita que el *flow* es el estado resultante cuando las personas se encuentran involucradas en actividades a las que le confieren un nivel de prioridad superior a todo, incluso llega a no parecer interesarles nada más. Esas experiencias, por si mismas son tan placenteras que las realizan a toda costa, por las motivaciones intrínsecas que generan. En este sentido, algunos teóricos de la actividad sugieren que la felicidad surge del comportamiento, más que de alcanzar las metas (Diener, 1994; Rubio, 2016).

Teorías de abajo-arriba (bottom-up) frente a teorías arriba-abajo (top-down)

Se le atribuye la aproximación inicial al concepto “abajo-arriba” a Wilson a finales de la década de los años 60. Sus hipótesis versaban acerca de las necesidades fundamentales del ser humano y sus circunstancias. Si estas les permitían cubrirlas, sería feliz, de otro modo no lo alcanzaría. De acuerdo con dichas teorías, la felicidad es consecuencia de la adición de varios instantes felices o momentos de placer. Una persona, al cuestionarse la felicidad, realiza una operación mental en la que adiciona placeres y aflicciones transitorias, aquellos que consideren predominen en la resultante de dicho cálculo, será su estado actual en el proceso de felicidad-infelicidad.

Las posiciones divergentes de estas teorías ayudan a cfque las personas se posicionen a favor de una de ellas. Por un lado, se encuentran aquellos que consideran

la felicidad como un rasgo o estado; por el otro, los que atribuyen la generación de la felicidad a los acontecimientos placenteros (Muñoz, 2019; Rubio, 2016).

Teorías cognitivas

Conformando las teorías cognitivas, se encuentran las teorías asociacionistas y las teorías del juicio. Dentro de estas últimas se agrupan varias en función del estándar que se utilice; las más importantes son las siguientes: teoría de la comparación social, teoría de la comparación descendente, teoría de la adaptación, modelo de alcance frecuencia, enfoque del nivel de aspiración y teoría de las discrepancias múltiples (Diener, 1994; Hernández & Valera, 2001).

Teorías asociacionistas

Las teorías asociacionistas, tratan de revelar por qué algunas personas poseen una naturaleza que favorece una propensión a las reacciones felices. Algunas de ellas, se basan en principios de memoria y de condicionamientos afectivos o cognitivos. Los principios de memoria, fundamentados en la creación de redes abundantes en asociaciones positivas y otras más limitadas de asociaciones negativas. Los principios de condicionamiento afectivo, se encuentran sustentados en la asociación de las vivencias afectivas positivas, con estímulos cotidianos al explicar la felicidad. Los principios cognitivos, se refieren a la atribución interna y estable de los sucesos positivos (Hernández & Valera, 2001).

Teorías de juicio

Estas teorías asumen que la felicidad es el producto del contraste entre situaciones estándar y escenarios palpables. Si las situaciones palpables superan a las estándar, se provocará la felicidad. Es decir, las personas realizan una comparación entre el escenario actual y sus aspiraciones; si las condiciones actuales superan positivamente a sus aspiraciones, se considerarán felices (Diener, 1994).

Modelos integradores

Con el propósito de agrupar los fundamentos de las teorías existentes y evitar las tendencias contrapuestas, se fundamentan los modelos con enfoques integradores. A continuación, se hará referencia al modelo de satisfacción con la vida de Veenhoven (1994) y al modelo del equilibrio estático de los autores Headey and Wearing (1992).

Modelo de satisfacción con la vida de Veenhoven

Es un modelo complejo, que, entre sus postulados, sostiene que el juicio sobre la vida se acerca al flujo de experiencias vitales, específicamente a las experiencias positivas y negativas o a los disfrutes y angustias. Por otra parte, ofrece un agrupamiento y ordenación de los determinantes de la satisfacción con la vida y la felicidad.

De acuerdo con Veenhoven, “el flujo de experiencias es una reacción mental al curso de los acontecimientos vitales. Dentro de éstos se incluyen los sucesos importantes que sólo acontecen una vez en la vida” (Rubio, 2016) (p. 146). Por ejemplo: el nacimiento de un hijo; así como aquellos otros triviales que suceden a diario, entre ellos, tomar una ducha o preparar los alimentos. Los acontecimientos en la vida, en ocasiones se deben a la buena o mala suerte, a pesar de eso, dependen en buena medida de condiciones y capacidades dadas, a lo que se le suman las actitudes que se asuman ante estos hechos. Es por eso, que las probabilidades de que acontezcan sucesos recompensantes y aversivos es variable entre sujetos y se nombran oportunidades vitales (González, 2008; Rubio, 2016).

Modelo del equilibrio estático de Headey y Wearing

En este modelo, sus autores presentan los acontecimientos vitales como impactos externos que perturban el equilibrio del BS. Atribuyen esto, a que, si no suceden acontecimientos, el BS permanecerá sin modificaciones. Esta hipótesis, Cummins and Nistico (2002) la argumentan del modo siguiente: cada persona posee

un punto de equilibrio (set-point) en el BS, al que retorna mediante el uso de estrategias de regulación, cada vez que este se interrumpe por algún hecho vital importante.

Componentes del Bienestar Subjetivo

Existen tres elementos característicos que componen el BS. Estos son:

Su carácter subjetivo, que se basa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, la cual se constituye como una valoración o juicio de todos los ámbitos de su vida y la necesaria inclusión de medidas positivas, debido a que su naturaleza se expande más allá de solo la ausencia de factores negativos (Diener, 1994) (p. 87).

“El BS refiere en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva. Para esta evaluación, el individuo utiliza dos componentes: sus pensamientos y sus afectos” (Veenhoven, 1994) (p. 87). Investigaciones encontraron que el afecto negativo se encontraba significativamente relacionado con autoinformes de mala salud, preocupaciones y ansiedad; mientras que el afecto positivo no estaba relacionado con estos. El afecto positivo, por otro lado, se relacionó significativamente con la participación social mientras que el afecto negativo no lo estaba.

Utilizando medidas con una base más amplia que solo afecto, diversos estudios encontraron que su dimensión positiva (denominada bienestar) se predecía mejor a partir de variables como la satisfacción con familia, amigos y ocio, extraversión y tener redes de apoyo social. Su dimensión negativa (denominada malestar) se predijo más fuertemente del estatus socioeconómico, competencia personal y satisfacción con la salud (García, 2002). A modo de resumen, en la Tabla 1 se refieren los componentes y las dimensiones del BS, de acuerdo con los criterios de (Diener et al., 1999).

Tabla 1
Componentes y dimensiones del Bienestar Subjetivo

Afecto positivo	Afecto negativo	Satisfacción con la vida	Dominios de satisfacción
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo

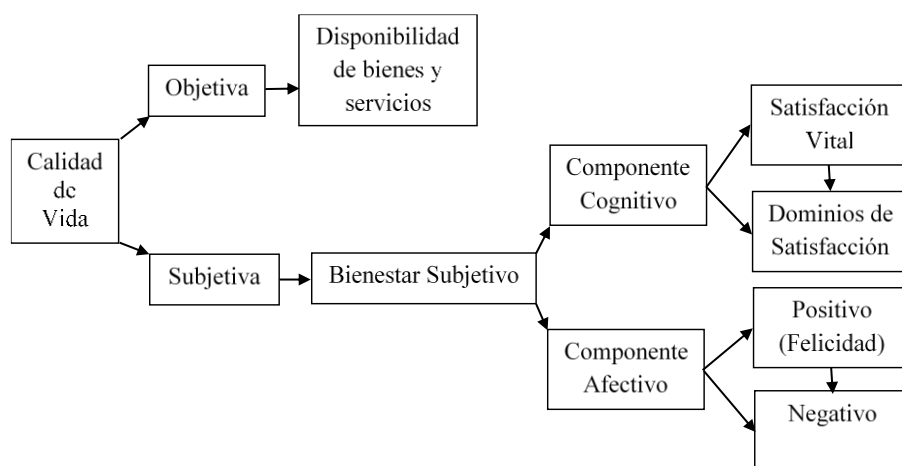
Euforia Satisfacción	Tristeza Ansiedad y preocupación	Satisfacción con la vida actual Satisfacción con el pasado	Familia Ocio
Orgullo Cariño	Enfado Estrés	Satisfacción con el futuro Satisfacción con "como otros ven nuestra vida"	Salud Ingresos
Felicidad Éxtasis	Depresión Envidia		Con uno mismo Con los demás

En relación con lo anterior, es evidente el carácter multifactorial del BS. Por lo tanto, es necesario "caracterizar las variables que covarían con los distintos aspectos de este, en diversos contextos culturales, y en personas de todos los sectores sociales" (Celemin et al., 2015) (p. 6). Al respecto, la literatura científica evidencia que entre las variables socio-demográficas predictoras de la satisfacción vital se encuentran: edad, género, ingresos, raza, ocupación (empleo), educación, estatus socio-económico, religión y matrimonio (Diener & Tov, 2012).

La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y el Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores

En los epígrafes anteriores se hizo referencia a las definiciones de los constructos calidad de vida, BS, felicidad y satisfacción con la vida o satisfacción vital, así como a sus relaciones. Las conexiones existentes entre ellos se ilustran en la Figura 1.

Figura 1
Relaciones entre los constructos calidad de vida, Bienestar Subjetivo, satisfacción con la vida y felicidad.



Fuente: adaptado de (Moyano & Ramos, 2007).

La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La CVRS, es un constructo multidimensional latente, no es directamente observable y solo puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores (Siegrist et al., 1996). En este sentido, una de las mayores limitaciones al medir los aspectos que engloba dicho constructo, es su predominante carácter subjetivo (Badia & García, 2000). Por esta razón, con el fin de evaluar los componentes físicos, emocionales y sociales relacionados con las enfermedades, surgen los instrumentos de medida de la CVRS.

La evaluación de la CVRS adquiere una particular relevancia para todo tipo de poblaciones, aunque, el mayor interés ha estado en los sectores de mayor vulnerabilidad. En este contexto, las personas adultas mayores constituyen un grupo de gran interés para evaluar este tema (Cardona-Arias et al., 2016). No obstante, debe tenerse en cuenta que cada una de ellas vive particulares cambios en sus capacidades físicas, mentales y sociales, lo que altera su calidad de vida y la percepción de esta (Loredo-Figueroa et al., 2016).

Para evaluar la CVRS se han diseñado múltiples instrumentos, que, en sentido general, para su estudio pueden agruparse en dos grandes conjuntos. Por un lado, se encuentran los específicos, entendiéndose aquellos que la valoran en personas y grupos de estas, con características distintivas (generalmente enfermedades). Y, por otro lado, los genéricos, que se utilizan tanto en poblaciones saludables como en grupos de personas con determinadas condiciones de salud.

Los instrumentos genéricos para medir CVRS pueden ser también usados para la población de personas adultas mayores. Aunque, para este sector poblacional se desarrollaron instrumentos específicos. Entre ellos, el cuestionario *World Health Organization Quality of Life for Older People* (WHOQOL-OLD), el *Older People's QoL*

Questionnaire (OPQOL), y el CASP (de sus siglas Control, Autonomía, Satisfacción y Autorrealización).

La revisión minuciosa de los artículos científicos publicados en el último lustro en las bases de datos Scopus, EBSCO, PubMed y LILACS, demostró que entre los instrumentos genéricos más utilizados para evaluar la CVRS en personas adultas mayores se encuentran los siguientes: Cuestionario de Salud SF-36 y sus versiones más simplificadas (SF-12, SF-8 y SF-6); EuroQol 5D; así como el WHOQoL-OLD y el WHOQoL-BREF, ambos instrumentos propuestos y validados por la OMS (Barceló et al., 2021).

Estado actual de las investigaciones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas adultas mayores

Los niveles de envejecimiento poblacional que se exhiben a escala global, demandan investigaciones que propicien la mejora en los niveles de CVRS en las personas adultas mayores. Existen un número importante de publicaciones científicas en las que se estudió este particular, aunque, en el contexto latinoamericano se encuentra el menor número de referentes. En lo sucesivo, se relacionan los resultados de algunos de los estudios más recientes.

“La autopercepción de salud constituye un indicador útil para indagar el estado de salud de la población adulta mayor y, a su vez, para establecer políticas públicas dirigidas a promoverlo con igualdad de oportunidades” (Peláez et al., 2015) (p. 639). Al respecto, son determinantes en la autopercepción positiva de salud las variables autonomía, tanto económica como para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Por el contrario, encontraron que, “la principal variable relacionada con la autopercepción negativa de salud fue la presencia de enfermedades crónicas” (Peláez et al., 2010) (p. 5).

Como se mencionó, la percepción de calidad de vida en las personas adultas mayores, está determinada por factores que en otros grupos de edad no son decisivos.

A pesar de eso, otras investigaciones declaran la “no existencia de una relación significativa entre el Dolor Corporal provocado por enfermedades osteoarticulares y musculoesqueléticas, y la calidad de vida percibida. No obstante, afirma que la Salud Mental y la Vitalidad son influenciadas significativamente por el dolor crónico” (Rodríguez, 2017) (p. 8).

Las limitaciones en las habilidades y capacidades físicas en las personas adultas mayores, generalmente son producto del envejecimiento. Pudiera esperarse que estas, condicionen la autovaloración de CVRS específicamente en la dimensión física. Sin embargo, Etxeberria et al. (2019), reportan que la dimensión física mostró resultados mejores conforme avanzaba la edad de los sujetos que estudiaron. Esto quizás se debió a un proceso de autoaceptación, que los llevó a asumir de una mejor manera las condiciones propias de esta etapa, llegando incluso a “saber vivir con ellas”, sin que les afecte su percepción de CVRS.

Al relacionar la fragilidad con la CVRS, se encontró que, una de cada diez personas adultas mayores mexicanas que viven en la comunidad, sufren de fragilidad. Para aquellas, cuyo fenotipo indica fragilidad, la percepción de calidad de vida es significativamente menor en comparación con las identificadas como: pre-frágil y no frágil. En este estudio, la dimensión de la calidad de vida más afectada fue el funcionamiento físico (Sánchez et al., 2017).

Las personas mayores de 60 años, generalmente mantienen un desarrollo regular de las AVD, aunque sean portadoras de diversas enfermedades. Esto evidentemente es favorable, y concuerda con lo expuesto por Xu et al. (2018), al reportar que, en este sector poblacional, el mantenerse realizando las actividades cotidianas, favorece una mayor activación y expresan niveles superiores en indicadores como salud física y mental, incluso al compararlos con sujetos de menor edad (Park & Choi, 2017).

Las personas adultas mayores le confieren particular relevancia a su desempeño en la vida social, y cuánto esto les favorece en la estabilidad emocional (Etxeberria et

al., 2019; Quintal et al., 2017). Al estudiar la relación existente entre el bienestar social, la salud y la calidad de vida en Costa Rica, los resultados obtenidos demostraron la correspondencia existente entre la integración social y la percepción positiva de CVRS (Rodríguez, 2019). A conclusiones similares arribaron en un estudio realizado en el contexto mexicano, en el que se evaluó la percepción de calidad de vida utilizando el instrumento WHOQOL-OLD; pues, los participantes, les atribuyeron una especial significación a las dimensiones Capacidades Sensoriales y Participación Social (Villarreal et al., 2021).

Al realizar comparaciones por género en cuanto a la percepción de CVRS, algunos estudios reportan diferencias (significativas o no) a favor de los hombres, entre ellos: los realizados por Barceló et al. (2020) y Gallegos-Carrillo et al. (2019) en poblaciones de personas adultas mayores mexicanas. En contraste con lo anterior, López et al. (2019) al realizar dicho análisis, “no encontraron diferencias significativas. Aunque al examinar las dimensiones que integran el constructo, reportaron que la movilidad física, el dolor y la energía se percibe con mayor afectación en las mujeres” (p. 9). Es oportuno destacar que se evaluó la CVRS por medio del cuestionario “Perfil de Salud de Nottingham”.

El estudio de la relación entre CVRS, miedo a caerse y Función Física en personas adultas mayores que reciben atención domiciliaria, mostró que un nivel superior de calidad de vida, está sustancialmente asociado con un menor miedo a caer. Esta asociación es independiente de las medidas físicas, cantidad de caídas, cognición y antecedentes claves característicos como edad, sexo y educación. Las asociaciones fueron estadísticamente significativas en casi todas las dimensiones del SF-36, excepto para Dolor Corporal y Función Social (Bjerk et al., 2018).

Al estudiar la asociación entre capacidad aeróbica y CVRS en personas adultas mayores, la mayoría mostraron, deficientes niveles de capacidad aeróbica. Las dimensiones mejores puntuadas para ambos géneros fueron: Función Física y Función Social. De este modo, se encontró que el nivel de capacidad aeróbica explica en un 15.3% la dimensión Función Física; aunque, aquí es importante tener en cuenta que

existe un demostrado declive asociado a estilos de vida inactivos, que a menudo progresa antes de los 80 años (Chaves-García et al., 2017).

La evaluación del Bienestar Subjetivo

Una visión epistemológica del tema, sugiere remontarse a los filósofos de la antigüedad, específicamente a Aristóteles. Este, argumentó que para que existiera bienestar, deberían estar presentes los tres bienes esenciales: los externos, los del cuerpo y los psíquicos. Señaló, además, que el primero y el segundo son vías para alcanzar el máximo nivel, pues la naturaleza humana posee como función inherente actuar de un modo racional (Villatoro, 2012).

Para evaluar los elementos de satisfacción afectiva y cognitiva del bienestar, se han diseñado un gran número de escalas. Estas se clasifican en escalas de *ítem* único y escalas de múltiples *ítems*. En relación con las primeras, una de las ventajas que se considera es la brevedad, a pesar de eso, han recibido fuertes críticas debido a que al depender de un solo *ítem*, es imposible estimar el término medio de la varianza. Por otra parte, son impracticables los cálculos de consistencia interna. En este sentido, “el único cálculo de fiabilidad para estas escalas es la fiabilidad temporal, en la cual es difícil separar el cambio real del error de medición” (Diener, 1994) (p. 99).

Un elemento evidente al analizar estas escalas, es que es muy difícil que alcancen a evaluar todos los aspectos del BS, sino que “se debe confiar en la integración de éstos, por parte de los sujetos investigados al llegar a una respuesta única. Las escalas de *ítem* único no ofrecen una visión sutilmente diferenciada del BS de una persona” (Diener, 1994) (p. 101). Por su parte, las escalas de múltiples *ítems*, al ser más abarcadoras, ofrecen la posibilidad de encontrar una explicación lo más fidedigna posible, a los conceptos de felicidad o satisfacción con determinados dominios de la vida.

Entre los instrumentos más utilizados para evaluar el BS se destacan los siguientes: Felicidad Global; Escala de Lyubomirsky y Lepper; Afectos Positivos y

Negativos, Escala de Bradburn y Caplovitz; Escala de Satisfacción con la Vida, de Diener, Emmons, Larsen y Griffin; Satisfacción con el Dominio y Escala de Czapinski (Villatoro, 2012).

Estado actual de las investigaciones del Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores

Con el propósito de evidenciar el estado actual de las investigaciones científicas acerca del BS en personas adultas mayores, se hará referencia a algunas de ellas que lo relacionan con diversas variables. A continuación, se resumen las más significativas.

Al analizar la capacidad predictiva de factores sociodemográficos y características personales sobre el BS y psicológico en una población de personas adultas mayores mexicanas; se obtuvo que tanto el BS como el psicológico, eran explicados por alta extraversión, responsabilidad, autoestima y bajo neuroticismo. Esto sugiere que tanto los cinco grandes factores de personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y responsabilidad; como la autoestima son potentes predictores de ambos tipos de bienestar en mayor medida que los factores sociodemográficos (González & Marrero, 2017).

El análisis del rol de la autoestima, la extraversión y el resentimiento en la predicción del BS, demostró una sólida relación positiva entre la autoestima y la extraversión con el BS. Así, se halló una correlación negativa del resentimiento con los elementos de este. Entretanto, la indagación reveló, cómo en conjunto, las tres variables psicológicas explicaron mejor el BS de los participantes, que las variables sociodemográficas (Murillo & Salazar, 2019).

La salud constituye uno de los predictores más potentes del BS en personas adultas mayores. El mismo, está influenciado en gran medida por la capacidad funcional y la salud mental. En este sentido, “se ha demostrado que la autopercepción de salud se encuentra asociada significativamente con indicadores más objetivos

como: número de enfermedades crónicas que se padece, tiempo que se ha vivido con una enfermedad, entre otros” (Arevalo et al., 2020) (p. 43).

Al comparar la percepción de BS entre personas adultas mayores institucionalizadas y residentes en la comunidad, se encontraron menores niveles de autonomía en los institucionalizados. Al parecer, el hecho de que reciban atención, apoyo y encontrarse con una limitada privacidad, hace que se reconozcan con un mayor nivel de dependencia funcional y esto propicia una disminución del BS (Teixeira et al., 2019).

Una intervención mediante un sistema de acciones psicosociales que favorecían la ejercitación psicofísica y la interacción social, encontró mejores niveles de BS en la mayoría de los participantes, mostrándose mejores resultados en los hombres, aunque sin diferencias significativas con relación a las mujeres. Se evidenció una mejora en los estados cognitivo y afectivo, así como en las interacciones sociales y el BS (Figueredo et al., 2019).

De igual forma, Guillen et al. (2018), intervienen en un grupo de personas adultas mayores, mediante la utilización de un programa de actividades físicas, con el propósito de determinar su influencia en la depresión y el BS. Al evaluar los resultados del pre y post test revelaron diferencias significativas en la depresión geriátrica, así como en el BS, lo que reafirma las bondades de la práctica de actividad física en este sector poblacional y específicamente la efectividad de la propuesta.

El estudio del efecto de las variables satisfacción con la vida, autopercepción de salud, apoyo social y estilos de enfrentamiento sobre el BS en una muestra de personas adultas mayores mexicanas, mostró altos niveles de BS. En cuanto a la dimensión cognitiva de este, la autopercepción de salud, los estilos de enfrentamiento y la satisfacción con la vida, fueron predictores correctos. Para las mujeres, los estilos de enfrentamiento fueron predictores del BS en los afectos negativos. En los hombres, la dimensión cognitiva del constructo fue predicha a partir de la satisfacción con la vida y los estilos de enfrentamiento (Torres & Flores, 2018).

Una investigación acerca del vínculo entre la Función Física y el BS en personas adultas mayores de países de bajos y medianos ingresos, reportó que las medidas de Función Física más altas exhibieron asociaciones moderadas, pero significativas, con mayores probabilidades de bienestar altamente calificado. Las velocidades de marcha más altas se asociaron inesperadamente con probabilidades reducidas de mayor bienestar en Sudáfrica y Rusia. Esto sugiere que la Función Física generalmente se asocia de forma positiva con el bienestar percibido en personas adultas mayores de países de bajos ingresos (Gildner et al., 2019).

Justificación y antecedentes del uso de ecuaciones estructurales para fundamentar modelos explicativos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo

Numerosos investigadores han tratado la temática de la CVRS en personas adultas mayores; entre ellos: (Lee & Oh, 2020); López et al. (2019); Rodríguez (2017) y Aguirre (2017). En cuanto al Bienestar Subjetivo, se destacan los trabajos de (Su et al., 2021); Torres and Flores (2018) y Oliver et al. (2009). A pesar de esto, no se encuentran publicadas investigaciones que argumenten la interrelación entre las dimensiones que integran la percepción de CVRS y el BS.

Al analizar diversas intervenciones encaminadas a mejorar la CVRS en personas adultas mayores, entre ellas las publicadas por los autores Herrera et al. (2017); Valle et al. (2016) y Awick et al. (2015) se pudo constatar que no tienen en cuenta la interrelación entre factores asociados a la percepción de calidad de vida y las dimensiones que integran el constructo, lo cual limita la efectividad de las mismas.

Cuantiosas investigaciones estudian los factores determinantes de la CVRS, así como sus correlaciones con diversas variables (edad, género, capacidad aeróbica, fragilidad, apoyo social, miedo a caer, entre otras) en personas adultas mayores. Ejemplo de ellas lo constituyen las de López et al. (2019); Campos et al. (2018); Bjerk et al. (2018); Sánchez et al. (2017) y Chaves-García et al. (2017). El procesamiento estadístico de las mismas, se sustenta en el uso de modelos de regresión lineal simple

o múltiples, útiles para modelar la relación entre dos o más variables. Sin embargo, el no contemplar relaciones entre variables observadas y latentes en un mismo modelo, así como los errores de medición, limita la trascendencia de los hallazgos.

En contraposición a lo anterior, la utilización de ecuaciones estructurales, ofrece la oportunidad de argumentar modelos que expliquen la dependencia funcional e interrelaciones entre las variables que se estudian (Rivera, 2018). En este sentido, diversas investigaciones acerca de la CVRS y el BS, las utilizan (Boloorsaz, 2019; Brandolim et al., 2018; Couto et al., 2017; Fernandes et al., 2020; Rivera-Hernandez, 2016). Aunque hasta este momento, no se encuentran referentes en que se propongan Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM por sus siglas en inglés) para relacionar ambos constructos; para cada uno de ellos se aportan modelos explicativos en los que se interrelacionan con múltiples variables.

De acuerdo con el objeto de estudio de esta investigación, en lo sucesivo, se hará referencia a los aportes de las principales investigaciones que los esgrimen.

Modelos de ecuaciones estructurales para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas adultas mayores

La relación entre satisfacción con la imagen corporal, depresión y optimismo disposicional, se demostró en un modelo predictivo de la calidad de vida global. Evidencias revelan que factores como “la depresión y la insatisfacción con la imagen corporal, afectan negativamente la calidad de vida, mientras que el optimismo disposicional, la potencia; además, tanto la salud mental, como padecer dolor, merman la CVRS especialmente en las personas adultas mayores” (Londoño & Velasco, 2015) (p. 1).

En personas adultas mayores, la depresión se asocia con la CVRS, considerando los efectos de la calidad del sueño. La calidad del sueño actúa como mediador entre la depresión y la CVRS en dichas personas, teniendo en cuenta la variación de género y salud. Esto, realza la importancia de evaluar y controlar la calidad del sueño, entre

las acciones de prevención primaria, con el propósito de disminuir el riesgo de depresión (Brandolim et al., 2018).

El intercambio intergeneracional entre abuelos y nietos contribuye a la socialización de los niños. Al mismo tiempo, dichas variables se asocian con la CVRS, las fortalezas del carácter, el bienestar psicológico y los apoyos sociales. La socialización con los nietos contribuye al bienestar de los abuelos. Por consiguiente, se favorece un proceso de envejecimiento exitoso. Los abuelos que perciben menores niveles de salud física, son los que muestran mayores dificultades para ayudar a los nietos; mientras que aquellos que se preocupan demasiado por las evaluaciones del entorno, perciben sus relaciones como menos satisfactorias (Noriega, 2015).

Las relaciones entre autoeficacia, estado de salud y CVRS, encuentran su fundamento en el modelo sociocognitivo de la relación entre la actividad física global y la calidad de vida de McAuley. La actividad física global predice la autoeficacia; esta, a su vez predijo la CVRS a través del estado de salud mental y física. Dicha relación, muestra un efecto más fuerte de la actividad física global en la autoeficacia y un efecto mediador más débil del estado de salud en la relación actividad física global-CVRS. Estos hallazgos respaldan la validez del modelo para un contexto no occidental (Mudrak et al., 2016).

Los SEM han sido útiles para explicar las relaciones entre la religiosidad con diversas variables. En el contexto mexicano se asocia con el apoyo social, el cuidado y control de la diabetes y la autopercepción de salud en personas adultas mayores. Al respecto, el apoyo emocional, del cónyuge o pareja influye directamente en el cuidado y control de la salud. Aunque no existe una relación directa entre salud y religiosidad, esta última se asoció positivamente con el cuidado y control de la diabetes. Sin embargo, no se relacionó significativamente con la salud (Rivera-Hernandez, 2016). En el ámbito brasileño se encontró que la religiosidad, espiritualidad y creencias personales, poseen una función mediadora entre el puntaje indicativo de depresión y la calidad de vida (Fernandes et al., 2020).

Modelos de ecuaciones estructurales para el Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores

En la relación entre inteligencia emocional y bienestar psicológico en personas adultas mayores, la satisfacción con la vida funge como mediador. A tal efecto, la inteligencia emocional ejerce una influencia sobre el bienestar psicológico, tanto directa como indirectamente, a través de la satisfacción con la vida. Por lo tanto, la inteligencia emocional influye juicios cognitivos y afectivos de satisfacción con la vida, y estos predicen el bienestar psicológico (Delhom et al., 2017).

Al estudiar las relaciones entre el bienestar y la dependencia funcional en personas adultas mayores dominicanas, se asociaron las características sociodemográficas, con la capacidad para realizar las AVD y las dimensiones del bienestar psicológico de las escalas de Ryff. De este modo, la edad se relacionó negativamente con algunas dimensiones del bienestar y con la capacidad para realizar las AVD. El género se correspondió con la dimensión de relaciones positivas con otros; y el nivel de estudios influyó positivamente sobre el dominio del ambiente, el crecimiento personal y el propósito en la vida, así como en la capacidad para realizar las AVD (Oliver et al., 2009).

El cuidado de las personas adultas mayores constituye un gran desafío social. Con el propósito de interpretar este hecho, se llevó a cabo una investigación con muestras procedentes de Brasil e Inglaterra. Al respecto, se encontró el marcado efecto de la salud sobre el BS con énfasis en las personas de edad más avanzada. Al parecer, el deterioro a la salud aparejado al proceso de envejecimiento, provoca la disminución del BS en la medida en que mayor es la edad. Las comparaciones entre géneros, arrojaron que las condiciones de hombres y viudos favorecieron una menor percepción de BS. Por otra parte, la educación, raza y tipo de gobierno no tuvieron efectos sobre dicho constructo (Pattinson, 2018).

Las áreas de felicidad y vitalidad subjetivas, así como actividad física, se encuentran determinadas por la percepción global de satisfacción de las necesidades

psicológicas básicas. En esta relación, la percepción de las necesidades psicológicas básicas, es un predictor positivo de felicidad y vitalidad subjetivas. Al mismo tiempo, las personas adultas mayores que participan en actividades físicas de un modo sistemático, perciben mejores niveles de felicidad y vitalidad subjetivas (Couto et al., 2017).

Sobre este particular, el contenido objetivo que conduce a la práctica de actividad física, impacta sobre las variables que establecen BS (satisfacción con la vida y afecto positivo y negativo) en personas adultas mayores. Al analizar las diferencias en el nivel de BS según el tiempo de práctica de actividad física, conduce a un efecto progresivo de esta en los niveles de percepción de satisfacción con la vida y afecto positivo. De igual modo ocurre en las dimensiones cognitivas y afectivas del BS (Antunes et al., 2018).

El vínculo entre la calidad de vida y el bienestar se evidenció en los resultados de las investigaciones referidas. Sobre este particular, si bien se explicita la correlación entre algunos factores y dimensiones de los constructos estudiados, queda espacio abierto a la interrogante siguiente: ¿Cómo se interrelacionan las dimensiones que integran la percepción de CVRS y el BS en personas adultas mayores? Sobre la base de los presupuestos teóricos-metodológicos que sustentan esta tesis y los antecedentes investigativos antes expuestos, emerge la necesidad de fundamentar la dependencia funcional e interrelaciones entre variables asociadas a la percepción de CVRS y sus correlatos con el BS en personas adultas mayores.

Capítulo II:

Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36

En esta sección se reporta la metodología utilizada y los resultados alcanzados en el análisis psicométrico del Cuestionario de Salud SF-36 de Ware Jr and Sherbourne (1992) en la versión adaptada y validada en personas adultas mayores chihuahuenses por Aguirre (2017), a partir de la adaptada y validada al español de los autores Alonso et al. (1995).

Método

Participantes

Participaron en el estudio 605 personas adultas mayores chihuahuenses, de ellas, 397 mujeres y 208 hombres. La edad de los sujetos fluctuó entre los 60 y 101 años, con una media de 70.7 y una desviación estándar de 8.2 años.

Instrumento

Cuestionario de Salud SF-36 adecuado y validado al español por Alonso et al. (1995) y validado para personas adultas mayores chihuahuenses en la tesis doctoral de Aguirre (2017), contiene 36 ítems que captan estados positivos y negativos enfocados en la condición funcional y el bienestar emocional; se subdivide en ocho dimensiones: Función Física (FF), formada por los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12; Vitalidad (VT), integrada por los ítems 23, 27, 29 y 31; Rol Físico (RF), que agrupa 4 ítems 13, 14, 15 y 16; Dolor Corporal (DC), compuesto por los reactivos 21 y 22; Salud General (SG), que integra las cuestiones 1, 33, 34, 35 y 36; Función Social (FS), formada por 2 ítems 20 y 32; Rol Emocional (RE), compuesta por los ítems 17, 18 y 19; y Salud Mental (SM) agrupada en 5 ítems 24, 25, 26, 28 y 30; asimismo, el SF-36 contiene un reactivo de transición (ítem 2, que indaga acerca del cambio en el estado

de Salud General en relación con el año anterior. El mismo, no se utiliza en el cómputo de ninguna de las ocho dimensiones anteriormente referidas.

Las opciones de respuestas son opciones tipo Likert, donde el número de opciones varía de 2 a 6 puntos, dependiendo del ítem; tal es el caso de los reactivos 3 y 6 que son de 3 puntos y miden la Función Física que van desde 1 es sí, me limita mucho hasta 3 es no, me limita nada; otros reactivos como el 13 y 14 miden el Rol Físico muestran respuestas dicotómicas: 1 es sí y 2 es no; reactivos como el 22 que mide el Dolor Corporal, presenta puntuaciones de 1 a 5 puntos, donde 1 es nada y 5 mucho; y finalmente reactivos como 28 y 29 que miden Salud Mental y Vitalidad respectivamente, presentan puntuaciones de 1 a 6, donde 1 es siempre y 6 es nunca; los reactivos se registran inversamente a fin de que guarden el mismo sentido.

Para esta tesis se asumieron las adaptaciones realizadas por Aguirre (2017) a la versión de Alonso et al. (1995). En esencia, las mismas se concretan en lo siguiente: en primera instancia, el sujeto, en todos los ítems, elige entre 11 posibles respuestas. Para esto se conjugó la escala original con la versión propuesta quedando de este modo: nada (0), poco (1, 2 y 3), regular (4, 5 y 6), mucho (7, 8 y 9) y bastante (10). Esta primera adaptación obedece a la intención de obtener una mayor variabilidad en las respuestas. Se justifica, además, porque al ser mexicanos los participantes, están habituados a la escala de 0 a 10, pues es la utilizada por el sistema educativo de México.

La segunda adaptación consistió en modificar algunos términos utilizados en los ítems de la versión original con el fin de utilizar un lenguaje más apropiado al contexto sociocultural mexicano. La tercera adaptación consistió en aplicar el instrumento por medio de una computadora (Figura 2); esto con el fin de permitir el almacenamiento de los datos sin etapas previas de codificación, con una mayor precisión y rapidez.

Figura

2


Ejemplo de respuesta para los ítems del Cuestionario SF-36.

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para hacer actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al boliche o al golf, trabajar en el jardín o caminar más de una hora?

Nada [-----] [-----] [-----] Bastante
Poco Regular Mucho

● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



Procedimiento

Se invitó a participar en el estudio a personas adultas mayores de la ciudad de Chihuahua, México. Una vez explicado el rol que desempeñarían en el proceso investigativo, los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Luego se administró el instrumento, antes descrito, por medio de una computadora personal (módulo administrador del instrumento del editor de escalas de ejecución típica), en una sesión de aproximadamente 15 minutos.

Al inicio de cada sesión se hizo una pequeña introducción sobre la importancia de la investigación y de cómo acceder al instrumento. Se les solicitó la máxima sinceridad y se les garantizó la confidencialidad de los datos que se obtuvieran. Las instrucciones de cómo responder se encontraban en las primeras pantallas; antes del primer reactivo del instrumento. Al término de la sesión se les agradeció su participación.

Una vez aplicado el instrumento se procedió a recopilar los resultados por medio del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013). Por último, los resultados obtenidos, se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 21.0 y el *software* AMOS 21.0.

Análisis de datos

El análisis psicométrico se llevó a cabo mediante análisis factoriales confirmatorios con el fin de obtener una prueba que presente las mejores propiedades para la conformación de los puntajes de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en personas adultas mayores.

Se compararon siete modelos de medida: el primero (M1-SF36-8), de ocho factores correspondiente con la estructura original del cuestionario; el segundo (M1a-SF22-8), que responde a la estructura factorial del modelo anterior, eliminando los ítems que no fueron suficientemente bien explicados por ese modelo; el tercer modelo (M2-SF13-4), se integró por 13 ítems agrupados en un modelo tetrafactorial, propuesto en la tesis doctoral de Aguirre (2017).

El cuarto modelo (M3-SF12-2) se corresponde con la estructura validada por los autores (Gandek et al., 1998) formando parte de las indagaciones realizadas en el marco del proyecto “*International Quality of Life Assessment (IQOLA)*” y representa una versión más simplificada del Cuestionario original SF-36. El quinto modelo (M3a-SF6-2), que se corresponde con la estructura factorial del modelo anterior, prescindiendo los ítems que no fueron suficientemente bien explicados por ese modelo.

El sexto modelo (VGI-M1-3-38), constituye una aportación de esta tesis cuyo propósito es enriquecer la Valoración Geriátrica Integral (VGI), teniendo en cuenta la importancia de las percepciones al estimar el estado clínico, psicosocial y funcional de las personas adultas mayores. Se obtuvo a partir del consenso de las opiniones recabadas durante consultas con investigadores(as) y expertos(as) en el área del conocimiento. Durante este proceso, se valoraron los puntos convergentes entre la naturaleza de los ítems del Cuestionario de Salud SF-36 y las esferas Funcional, Mental y Social de la VGI. La validez de contenido del instrumento resultante, se comprobó siguiendo los criterios de validez de expertos declarados por Delgado-Rico et al. (2012) y Cardona-Arias, Hernández-Petro, et al. (2014).

Otra de las singularidades del modelo (VGI-M1-3-38) se expresa en las subdivisiones de los ítems 20 y 32. Esto obedece a la necesidad de obtener respuestas más fidedignas, pues en las interrogaciones de ambos, se mezclan aspectos concernientes a la salud física y problemas emocionales. El séptimo modelo (VGI-M1-3-10) se corresponde con la estructura factorial del modelo anterior, sin los ítems que no fueron explicados suficientemente por este.

Para conducir los análisis factoriales confirmatorios se utilizó el software AMOS 21 (Arbuckle, 2012), las varianzas de los términos de error fueron especificados como parámetros libres, en cada variable latente (factor) se fijó uno de los coeficientes estructurales asociados a uno, para que su escala sea igual a la de una de las variables observables (ítems). Se utilizó el método de estimación de Máxima Verosimilitud; siguiendo la recomendación de Thompson (2004), en el sentido de que cuando se utiliza análisis factorial confirmatorio se debe corroborar no sólo el ajuste de un modelo teórico, sino que es recomendable comparar los índices de ajuste de varios modelos alternativos para seleccionar el mejor.

Para evaluar el ajuste del modelo se emplearon los estadísticos Chi-cuadrado (χ^2), el índice de bondad de ajuste (GFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) como medidas absolutas de ajuste. El índice de bondad ajustado (AGFI), el Índice Tucker-Lewis (TLI) y el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) como medidas de ajuste incremental. La razón de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/df) y el Criterio de Información de Akaike (AIC) como medidas de ajuste de parsimonia (Byrne, 2016; Gelabert et al., 2011).

Por último se calculó la fiabilidad de cada una de las dimensiones del cuestionario, del mejor modelo de medida obtenido, a través del Coeficiente Alpha de Cronbach (Elosua & Zumbo, 2008; Nunnally & Bernstein, 1995) y del Coeficiente Omega (Revelle & Zinbarg, 2009; Sijtsma, 2009).

Resultados

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .79; RMSEA .08; CFI .90) para el M1-SF36-8, indican que el ajuste del modelo de medición no es aceptable (Tabla 2). El conjunto de los ocho factores del modelo M1-SF36-8 explican aproximadamente el 75% de la varianza; además, seis de sus 36 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 3).

Tabla 2

Índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados.

Modelo	Índices absolutos			Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	GFI	RMSEA	AGFI	TLI	CFI	χ^2/GL	AIC
M1-SF36-8	2488.66*	.79	.08	.75	.89	.90	4.68	2684.66
M1a-SF22-8	533.22*	.93	.06	.90	.96	.97	2.95	677.22
M2-SF13-4	159.48*	.96	.06	.93	.98	.98	2.90	231.48
M3-SF12-2	633.70*	.84	.13	.76	.85	.88	11.96	683.70
M3a-SF6-2	12.77	.99	.04	.98	.99	1.00	2.13	42.77
VGI-M1-3-38	5693.92*	.58	.12	.52	.75	.77	9.10	5847.92
VGI-M1-3-10	90.75*	.97	.06	.95	.98	.99	3.02	140.75

Nota: * $p < .05$; GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; AGFI = índice corregido de la bondad de ajuste; TLI = índice de Tucker-Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo; χ^2/GL = índice de ajuste chi cuadrado dividido por los grados de libertad; AIC = criterio de información de Akaike

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .93; RMSEA .06; CFI .97) del modelo M1a-SF22-8, indican que su ajuste es aceptable (Tabla 2). El conjunto de los ocho factores del modelo M1a-SF22-8 explica aproximadamente el 84% de la varianza; además, dos de sus 22 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 3).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .96; RMSEA .06; CFI .98) del modelo M2-SF13-4, indican que su ajuste es óptimo (Tabla 2). El conjunto de los cuatro factores del modelo M2-SF13-4 explica aproximadamente el 79% de la varianza; además tres de sus 13 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 4).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .84; RMSEA .13; CFI .88) del modelo M3-SF12-2, indican que su ajuste no es aceptable (Tabla 2). El conjunto de los dos factores del modelo M3-SF12-2 explica aproximadamente el 66% de la varianza; además cuatro de sus 12 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 5).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .99; RMSEA .04; CFI 1.00) del modelo M3a-SF6-2, indican que su ajuste es aceptable (Tabla 2). El conjunto de sus dos factores explica aproximadamente el 81% de la varianza; además sus seis ítems saturan por encima de .70 (Tabla 5).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .58; RMSEA .12; CFI .77) del modelo VGI-M1-3-38, indican que su ajuste no es aceptable (Tabla 2). El conjunto de sus tres factores explica aproximadamente el 63% de la varianza; además 10 de sus 38 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 6).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .97; RMSEA .06; CFI .99) del modelo VGI-M1-3-10, indican que su ajuste es aceptable (Tabla 2). El conjunto de sus tres factores explica aproximadamente el 79% de la varianza; además todos sus ítems saturan por encima de .70 (Tabla 6).

Tabla 3

Solución estandarizada análisis factorial confirmatorio para los modelos M1-SF36-8 y M1a-SF22-8.

Ítem	M1-SF36-8								M1a-SF22-8							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Pesos Factoriales																
ítem 3	.64															
ítem 4	.83															
ítem 5	.81															
ítem 6	.83															
ítem 7	.87															
ítem 8	.84								.83							
ítem 9	.89								.93							

F3	-	.75	.71	.77	.68	.65	-	.65	.73	.78	.68	.63
F4		-	.87	.74	.63	.74		-	.76	.61	.53	.58
F5			-	.75	.64	.87			-	.74	.62	.82
F6				-	.89	.73				-	.89	.71
F7					-	.68					-	.67
F8						-						-

Nota: F1 = Función Física, F2 = Rol Físico, F3 = Dolor Corporal, F4 = Salud General, F5 = Vitalidad, F6= Función Social, F7 = Rol Emocional, F8 = Salud Mental.

Tabla 4
Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para el Modelo M2-SF13-4

Item	F1	F2	F3	F4
Pesos Factoriales				
ítem 4	.81			
ítem 5	.78			
ítem 6	.85			
ítem 8	.86			
ítem 9	.90			
ítem 13		.86		
ítem 15		.87		
ítem 17		.77		
ítem 21			.81	
ítem 22			.94	
ítem 24				.60
ítem 25				.77
ítem 29				.77
Consistencia Interna				
α	.92	.89	.86	.77
Ω	.92	.87	.86	.75
Correlaciones Factores				
F1	-	.81	.69	.55
F2		-	.78	.71

F3	-	.76
F4		-

Nota: F1 = Función Física, F2 = Rol Físico, F3 = Dolor Corporal, F4 = Salud Psicológica

Tabla 5

Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para los Modelos M3-SF12-2 y M3a-SF6-2

Ítem	M3-SF12-2		M3a-SF6-2	
	F1	F2	F1	F2
Pesos Factoriales				
ítem 4	.73		.73	
Ítem 6	.71		-	
Ítem 14	.90		.88	
Ítem 15	.89		.95	
Ítem 22	.76		-	
Ítem 1	.54		-	
Ítem 27		.62		-
Ítem 32		.83		.84
Ítem 18		.85		.79
Ítem 19		.85		.83
Ítem 26		.54		-
Ítem 28		.66		-
Consistencia Interna				
α	.88	.87	.87	.88
Ω	.89	.87	.89	.90
Correlaciones Factores				
	F1	-	.86	-
	F2		-	-

Nota: F1 = Salud Física, F2 = Salud Mental

Tabla 6

Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para los Modelos VGI-M1-3-38 y VGI-M1-3-10

Ítem	VGI-M1-3-38			VGI-M1-3-10		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Pesos Factoriales						
Ítem 3	.63			-		
Ítem 4	.82			-		
Ítem 5	.80			.81		
Ítem 6	.81			-		
Ítem 7	.86			.85		
Ítem 8	.82			.83		
Ítem 9	.85			-		
Ítem 10	.90			.92		
Ítem 11	.88			-		
Ítem 12	.75			-		
Ítem 13	.84			-		
Ítem 14	.83			-		
Ítem 15	.84			-		
Ítem 16	.88			-		
Ítem 1		.61			-	
Ítem 33		.72			-	
Ítem 34		.63			-	
Ítem 35		.71			-	
Ítem 36		.67			-	
Ítem 17		.75			-	
Ítem 18		.77			-	
Ítem 19		.75			-	
Ítem 23		.60			.72	
Ítem 24		.60			-	
Ítem 25		.75			-	
Ítem 26		.60			-	
Ítem 27		.71			.84	
Ítem 28		.74			-	

Ítem 30		.64				.76	
Ítem 21		.68				-	
Ítem 29		.73				-	
Ítem 31		.65				-	
Ítem 22		.77				-	
Ítem 20.a			.89			.85	
Ítem 20.b			.85			-	
Ítem 32.a			.88			.92	
Ítem 32.b			.88			.89	
Consistencia Interna							
α		.96	.94	.92	.91	.81	.91
Ω		.93	.94	.92	.91	.81	.91
Correlaciones Factores							
	F1	-	.75	.78	-	.54	.69
	F2		-	.88		-	.68
	F3			-			-

Nota: F1 = Esfera Funcional, F2 = Esfera Mental, F3 = Esfera Social

Fiabilidad de los modelos analizados (consistencia interna).

Los resultados de la consistencia interna (α y Ω), para cada uno de los factores de los modelos analizados, pueden apreciarse en las Tablas 3, 4, 5 y 6. En todos los casos, los valores superaron el .80, lo que es indicativo de una buena fiabilidad.

Discusión y conclusiones

El Cuestionario de Salud SF-36 es de los instrumentos más utilizados para valorar la CVRS en personas adultas mayores. Sus adecuadas propiedades psicométricas al utilizarse en dicha población se constataron en diversas publicaciones (Mercuris et al., 2020; Stanghelle et al., 2020; Valdivieso-Mora et al., 2018; Zhao et al., 2019).

Entre los modelos generados, de los M1, M2 y M3, el M2-SF13-4 mostró los mejores valores de consistencia interna; esto ratifica las apropiadas propiedades

psicométricas del SF-36 al utilizarse en muestras de personas adultas mayores. El análisis factorial reveló que el ítem 22: “Durante el último mes, ¿con que frecuencia el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?” explica el mayor porcentaje de la varianza. Este hallazgo muestra lo decisivo que resultó la presencia o no de dolor en los sujetos estudiados y cuánto los condicionó su percepción en el desempeño habitual. No obstante, otras investigaciones declaran que no existe una relación significativa entre el Dolor Corporal y la calidad de vida percibida (Rodríguez, 2017).

Entretanto, el ítem 24: “Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido nervioso?” reportó la menor carga factorial (.60), saturando por debajo de .70. Como argumento que pudiera fundamentar este hecho, se puede exponer que en la vejez se expresa una mayor propensión a cambios emocionales. Aunque su causalidad es variada, regularmente se asocia con las nuevas condiciones de vida que trae consigo la vejez, entre ellas la disminuida participación social, situaciones de dependencia funcional y/o económica, alejamiento de la familia y amistades y sensación de que se acerca el final de la vida. A pesar de eso, Segura et al. (2019) y Góngora and Castro (2018) sostienen que la edad posibilita una coherencia superior entre cognición y afectos; esto propicia que las personas adultas mayores regulen sus emociones y maximicen los aspectos positivos sobre los negativos.

Por otra parte, de los dos modelos generados a partir de las convergencias entre el Cuestionario de Salud SF-36 y las esferas Funcional, Mental y Social de la Valoración Geriátrica Integral, el modelo de mejor ajuste fue el VGI-M1-3-10. El análisis factorial arrojó que los ítems 10: “¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para: caminar varias cuadras?” y 32a: “Durante el último mes, ¿con qué frecuencia su salud física ha dificultado sus actividades sociales?” explican el mayor porcentaje de la varianza.

El resultado que exhibe el ítem 10, corrobora lo importante que es para las personas adultas mayores estudiadas la posibilidad de deambular y trasladarse por sí mismas a diversos espacios, pues se conocen las limitaciones que el proceso de envejecimiento induce sobre las habilidades y capacidades físicas. Desde esta óptica,

podiera esperarse que dichas personas, condicionen la autopercepción de CVRS a la Esfera Funcional; sin embargo, Etxeberria et al. (2019), declaran que la dimensión física mostró mejores resultados conforme avanzaba la edad de los sujetos que estudiaron.

En relación con el ítem 32a, este descubrimiento patentiza las tesis que sostienen la medular importancia que las personas adultas mayores le confieren a sus desempeños e interacciones en la vida social, y cómo esta integración se corresponde con una autopercepción positiva de CVRS (Etxeberria et al., 2019; Quintal et al., 2017; Rodríguez, 2019).

Al realizarse los análisis factoriales confirmatorios, se corroboró –tal como expone Aguirre (2017)- que la estructura de cuatro factores (Función Física, Dolor Corporal, Rol Físico y Salud Psicológica) mostró apropiados indicadores de ajuste, teniendo en cuenta los criterios estadísticos referenciales. En cuanto a la consistencia interna, para ambos coeficientes (α y Ω) sus valores referenciales indican deben encontrarse entre .70 y .90 y mientras más se acerque este valor a uno (1), más consistentes serán los ítems entre sí (Campo-Arias & Oviedo, 2008). Teniendo en cuenta que, en todos los modelos sometidos a prueba, sus factores obtuvieron valores que superaron los .75, se corrobora que el Cuestionario de Salud SF-36, posee una apropiada fiabilidad.

Sobre la base de los resultados discutidos, se puede concluir que: los análisis factoriales confirmatorios respaldan la estructura tetrafactorial del modelo M2-SF13-4, que manifiesta apropiadas saturaciones factoriales estandarizadas, aun cuando este difiere de los propuestos y validados por: Ware Jr and Sherbourne (1992); Alonso et al. (1995); Gandek et al. (1998). El modelo VGI-M1-3-10 exhibió apropiadas propiedades psicométricas, por lo que puede tenerse en cuenta como una escala de gran utilidad para enriquecer la Valoración Geriátrica Integral. El análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 mostró adecuados indicadores de ajuste, fiabilidad y validez. No obstante, el alcance de estos resultados aún es limitado, lo que demanda de investigaciones futuras.

Capítulo III:

Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener

En esta sección se reporta la metodología utilizada y los resultados obtenidos en el análisis psicométrico de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener adaptada por Jurado et al. (2019).

Método

Participantes

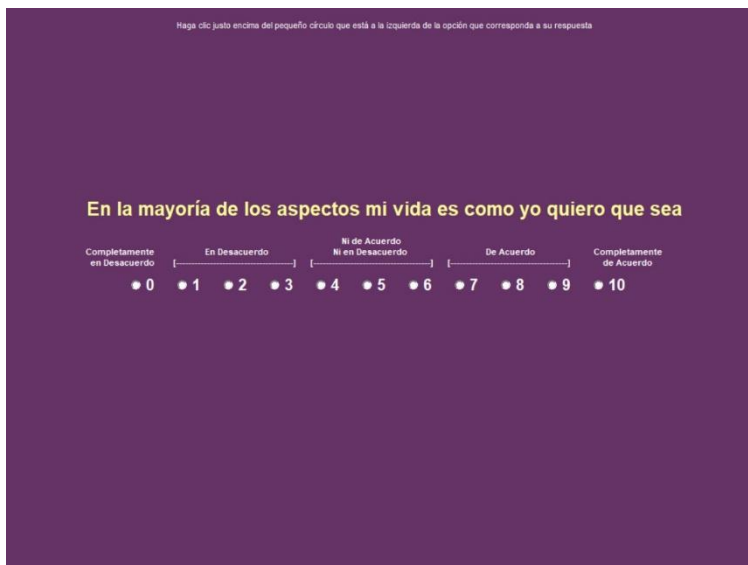
Participaron en el estudio 605 personas adultas mayores chihuahuenses, 397 mujeres y 208 hombres. La edad de los sujetos fluctuó entre los 60 y 101 años, con una media de 70.7 y una desviación estándar de 8.2 años.

Instrumento

Satisfaction With Life Scale (SWLS) de Diener et al. (1985), adaptada por Atienza, Pons, Balaguer and García-Merita (2000) escala tipo Likert de cinco ítems que evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su propia vida. Para este estudio se utilizó la SWLS de los autores Jurado et al. (2019), versión adaptada y validada para poblaciones mexicanas teniendo como base la validación al castellano de Atienza, Pons, Balaguer and García-Merita (2000). En esencia, las adaptaciones realizadas consisten en lo siguiente: primera adaptación, en la versión original se puntúa con cinco opciones de respuesta: (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) de acuerdo y (5) totalmente de acuerdo; en la versión utilizada en la presente investigación el participante elige entre 11 posibles respuestas. Se conjugó la escala original con la versión propuesta, para que quedara de la manera siguiente: completamente en desacuerdo (0), en desacuerdo (1, 2 y 3), ni de acuerdo ni en desacuerdo (4, 5 y 6), de acuerdo (7, 8 y 9) y completamente de acuerdo (10). Esta primera adaptación se justifica porque los

participantes al ser mexicanos están habituados a la escala de 0 a 10, pues es la utilizada por el sistema educativo de México. La segunda adaptación consistió en aplicar el instrumento por medio de una computadora (Figura 3); esto con el fin de permitir el almacenamiento de los datos sin etapas previas de codificación, lo cual propicia una mayor precisión y rapidez.

Figura 3
Ejemplo de respuesta para los ítems del cuestionario SWLS.



Procedimiento

Se invitó a participar en el estudio a personas adultas mayores de la ciudad de Chihuahua, México. Una vez explicado el rol que desempeñarían en el proceso investigativo, los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Luego se administró el instrumento antes descrito, por medio de una computadora personal (módulo administrador del instrumento del editor de escalas de ejecución típica), en una sesión de aproximadamente 5 minutos. Al inicio de cada sesión se hizo una pequeña introducción sobre la importancia de la investigación y de cómo acceder al instrumento. Se les solicitó la máxima sinceridad y se les garantizó la confidencialidad de los datos que se obtuvieran. Las instrucciones de cómo responder se encontraban en las primeras pantallas; antes del primer reactivo del instrumento. Al término de la sesión se les agradeció su participación.

Una vez aplicado el instrumento se procedió a recopilar los resultados por medio del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013). Por último, los resultados obtenidos, se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 21.0 y el *software* AMOS 21.0.

Análisis de datos

El análisis psicométrico se llevó a cabo mediante análisis factoriales confirmatorios con el fin de obtener una prueba que presente las mejores propiedades para la conformación de los puntajes de la satisfacción con la vida en personas adultas mayores.

Se compararon tres modelos de medida: SWLS-M1 que responde a la estructura propuesta por Atienza, Pons, Balaguer and García (2000); SWLS-M1b acorde a Jurado et al. (2019) y SWLS-M1c correspondiente a la estructura factorial del modelo original de Diener et al. (1985), sin el ítem 5 (de más baja saturación en el factor).

Para conducir los análisis factoriales confirmatorios se utilizó el *software* AMOS 21 (Arbuckle, 2012), las varianzas de los términos de error fueron especificados como parámetros libres, en cada variable latente (factor) se fijó uno de los coeficientes estructurales asociados a uno, para que su escala sea igual a la de una de las variables observables (ítems). El método de estimación utilizado fue el de Máxima Verosimilitud; siguiendo la recomendación de Thompson (2004), en el sentido de que cuando se emplea análisis factorial confirmatorio se debe corroborar no sólo el ajuste de un modelo teórico sino que es recomendable comparar los índices de ajuste de varios modelos alternativos para seleccionar el mejor.

Para evaluar el ajuste del modelo se emplearon los estadísticos Chi-cuadrado (χ^2), el índice de bondad de ajuste (GFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) como medidas absolutas de ajuste. El índice de bondad ajustado (AGFI), el Índice Tucker-Lewis (TLI) y el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) como medidas de ajuste incremental. La razón de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/df) y el Criterio de Información de Akaike (AIC) como medidas de ajuste de parsimonia (Byrne, 2016; Gelabert et al., 2011).

Por último se calculó la fiabilidad de cada una de las dimensiones del cuestionario, del mejor modelo de medida obtenido, a través del Coeficiente Alpha de Cronbach (Elosua & Zumbo, 2008; Nunnally & Bernstein, 1995) y del Coeficiente Omega (Revelle & Zinbarg, 2009; Sijsma, 2009).

Resultados

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .98; RMSEA .10; CFI .98) para el SWLS-M1, indican que el modelo de medición es aceptable (Tabla 7). El factor del modelo SWLS-M1 explica aproximadamente el 61% de la varianza; además, dos de sus cinco ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 8).

Tabla 7

Índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados.

Modelo	Índices absolutos			Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	GFI	RMSEA	AGFI	TLI	CFI	χ^2/GL	AIC
SWLS-M1	33.18*	.98	.10	.94	.95	.98	6.64	53.18
SWLS-M1b	17.69*	.99	.11	.93	.95	.98	8.84	33.69
SWLS-M1c	0.22	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	0.22	18.22

Nota: * $p < .05$; GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; AGFI = índice corregido de la bondad de ajuste; TLI = índice de Tucker-Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo; χ^2/GL = índice de ajuste chi cuadrado dividido por los grados de libertad; AIC = criterio de información de Akaike

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .99; RMSEA .11; CFI .98) del modelo SWLS-M1b, indican que este también es aceptable (Tabla 7). El factor del modelo SWLS-M1b explica aproximadamente el 64% de la varianza; además, uno de sus cuatro ítems satura por debajo de .70 (Tabla 8).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI 1.00; RMSEA .00; CFI 1.00) del modelo SWLS-M1c, indican que este es mejor que los anteriores y que su ajuste es óptimo (Tabla 7). El factor del modelo SWLS-M1c explica aproximadamente el 69% de la varianza; además todos sus ítems saturan por encima de .70 en su dimensión prevista. (Tabla 8).

Tabla 8

Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para los modelos generados.

Ítem	Pesos Factoriales		
	SWLS-M1	SWLS-M1b	SWLS-M1c

1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	.75	.74	.74
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas	.83	.85	.88
3. Estoy satisfecho con mi vida	.84	.84	.81
4. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	.67	-	.71
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	.49	.47	-

Fiabilidad de los modelos analizados (consistencia interna)

La consistencia interna obtenida para cada modelo fue: SWLS-M1: $\alpha = .83$ y $\Omega = .84$; SWLS-M1b: $\alpha = .79$ y $\Omega = .82$ y SWLS-M1c: $\alpha = .85$ y $\Omega = .87$.

Discusión y conclusiones

La Escala de Satisfacción con la Vida, es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la satisfacción vital en diversas poblaciones; sin embargo, es limitada la evidencia científica que exponga su fiabilidad y validez en personas adultas mayores y en su mayoría muestra inconsistencias en los resultados (Etxeberria, 2016; Parra, 2018). Lo anterior, destaca la importancia del análisis realizado; si bien es cierto que no pueden tomarse estos resultados como concluyentes, los hallazgos de este estudio contribuyen a solventar dichas limitantes epistémicas.

El modelo SWLS-M1c, mostró los mejores valores de consistencia interna. Esto evidencia las pertinentes propiedades psicométricas de la SWLS al utilizarse en poblaciones de personas adultas mayores. El análisis factorial develó que el ítem 2: “Las circunstancias de mi vida son muy buenas”, explica el mayor porcentaje de la varianza. Este hallazgo, concuerda con los resultados publicados en diversos estudios (Caycho-Rodríguez et al., 2018; Clench-Aas et al., 2011; Pons et al., 2002; Requena et al., 2009; Schnettler et al., 2017).

Aunque existe un número limitado de investigaciones que examinen las correlaciones con el Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores, estudios evidencian que, entre las variables determinantes de este, se encuentra el apoyo social en sus diversas variantes. Las redes de apoyo social se han identificado como

influencias importantes en los componentes afectivos y cognitivos de dicho constructo. Del mismo modo, variables sociodemográficas como: menores ingresos y menor nivel educacional, se asocian con una minúscula percepción de bienestar. Además, los factores educativos y socioeconómicos lo predicen significativamente (Von Humboldt & Leal, 2014).

Por otra parte, Murillo and Salazar (2019) encontraron que el papel de la autoestima, la extraversión y el resentimiento como variables predictoras del Bienestar Subjetivo, aportó evidencias acerca de la solidez de la relación positiva entre la autoestima y la extraversión con el bienestar. De esta forma, entre sus hallazgos declaran una relación negativa del resentimiento con los componentes de éste. Asimismo, la investigación mostró cómo en conjunto, las tres variables psicológicas explicaron mejor el Bienestar Subjetivo de los participantes, que las variables sociodemográficas.

A pesar de lo antes expuesto, investigaciones evidencian que la salud es uno de los predictores más importantes del Bienestar Subjetivo. En la persona adulta mayor, la autopercepción de salud, ya sea por su estado de salud o por su calidad de vida, está influenciada de modo determinante por su capacidad funcional y salud mental. Se ha demostrado que la autopercepción de salud, tiene una asociación significativa con indicadores más objetivos como: número de enfermedades crónicas que se padece, tiempo que se ha vivido con una enfermedad, entre otros (Arevalo et al., 2020).

El análisis de las evidencias científicas antes expuestas, patentiza la capacidad de resiliencia de las personas adultas mayores. Como principal sustento de esta afirmación se expone que, durante la vejez generalmente se presentan varias afectaciones, físicas, funcionales y mentales con sus respectivas implicaciones psicosociales. A pesar de las dificultades que estas suelen provocar, sus consecuencias no determinan las manifestaciones de satisfacción vital durante dicha fase de la vida.

Al respecto, los hallazgos de Meléndez et al. (2018) sostienen los resultados de la presente investigación y apoyan las teorías sobre el sesgo de positividad en la vejez y un mayor nivel de adaptación a las nuevas situaciones. Los autores encontraron que, al comparar la percepción de Bienestar Subjetivo y psicológico entre personas adultas mayores y jóvenes, los resultados mostraron diferencias en el Bienestar Subjetivo, con puntuaciones más altas para los primeros para las escalas de afecto positivo. Para el bienestar psicológico, las personas adultas mayores obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en las dimensiones autoaceptación, autonomía y dominio del ambiente.

La estructura unifactorial, presenta adecuadas saturaciones para el factor Bienestar Subjetivo, correspondiendo con la propuesta del cuestionario de Jurado et al. (2019) y (Atienza, Pons, Balaguer, & García, 2000); aunque, fue necesario eliminar el ítem 5: “Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada” por su baja saturación. Esto coincide con lo expuesto por Caycho-Rodríguez et al. (2018); Reyes (2017); Schnettler et al. (2017); López-Ortega et al. (2016); Sancho et al. (2014); Clench-Aas et al. (2011) y Pons et al. (2002) quienes reportan la menor carga factorial en ese propio reactivo.

Una explicación tentativa a la baja saturación del ítem 5 pudiera encontrarse en los argumentos de Atienza, Pons, Balaguer and García (2000), quienes exponen que dicho reactivo se refiere al pasado, mientras que los demás aluden el presente. No obstante, Vázquez et al. (2013) señalan que el ítem mide más el deseo al cambio, que el Bienestar Subjetivo.

Aunque se manera general, tanto en el presente estudio, como en los referenciados, en la totalidad de las muestras se evidenció un predominio de las mujeres, esto pudiera no determinar los resultados, pues en la investigación de Schnettler et al. (2017), cuya muestra fue la más numerosa (817 sujetos) y la composición por Género se comportó de modo similar (47.5% mujeres; 52.5% hombres) de igual modo obtuvo el mayor y menor peso factorial para los ítems 2 y 5 respectivamente. De igual modo, puede inferirse que las diferencias culturales no

determinan las expresiones de percepción de satisfacción vital, pues las investigaciones involucraron personas adultas mayores de España, Noruega, Perú, Ecuador y México.

En resumen, la Escala de Satisfacción con la Vida mostró adecuados indicadores de fiabilidad y validez en esta investigación y las citadas anteriormente; no obstante, el alcance de estos resultados es limitado, pues aún debe demostrarse si la invarianza en la estructura de la escala se cumple por Género, Edad y en diversas poblaciones de personas mayores. Pues los resultados de Emerson et al. (2017), al evaluar la invarianza de medición de la SWLS tras sus primeras tres décadas de utilización, concluyeron que ésta se mantiene independientemente del Género; sin embargo, declaran que la Edad y la cultura parecen influir en el significado que las personas atribuyen a la satisfacción con la vida.

Los análisis, valoraciones e inferencias realizadas a partir de los resultados obtenidos permiten concluir que: los análisis factoriales confirmatorios realizados apoyan la estructura unifactorial, donde en general el factor obtenido presenta adecuadas saturaciones factoriales estandarizadas. Estas se corresponden con la estructura propuesta para el cuestionario por Atienza, Pons, Balaguer and García (2000) y Jurado et al. (2019); no obstante, fue necesario eliminar el ítem 5 por su baja saturación.

El análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, tanto en este estudio, como en los referenciados anteriormente mostró adecuados indicadores de ajuste, fiabilidad y validez. Pese a eso, el alcance de estos resultados es limitado, y es necesario que en investigaciones futuras se profundice en el estudio de la utilización de dicha escala; ello permitirá contar con evidencias más robustas al respecto.

Capítulo IV:

Modelos para el Bienestar Subjetivo en función del Género, Edad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En esta sección se reportan la metodología, las hipótesis y los resultados obtenidos en la prueba de una serie de modelos estructurales para predecir el Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores. Se incluyen como variables predictoras el Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico desde el enfoque de la versión corta del Cuestionario de Salud SF-36. Así como los factores Esfera Física, Esfera Mental y Esfera Social desde el enfoque de la Valoración Geriátrica Integral.

Participantes

Participaron en el estudio 605 personas adultas mayores chihuahuenses, 397 mujeres y 208 hombres. La edad de los sujetos fluctuó entre los 60 y 101 años, con una media de 70.7 y una desviación estándar de 8.2 años.

Procedimiento

Se invitó a participar en el estudio a personas adultas mayores de la ciudad de Chihuahua, México. Una vez explicado el rol que desempeñarían en el proceso investigativo, los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Luego se les administraron por medio de una computadora personal (módulo administrador del instrumento del editor de escalas de ejecución típica), en una sesión de aproximadamente 20 minutos los instrumentos SWLS, validado para poblaciones mexicanas por los autores Jurado et al. (2019) y el Cuestionario de Salud SF-36 validado para personas adultas mayores chihuahuenses en la Tesis Doctoral de Aguirre (2017).

Al inicio de cada sesión se hizo una pequeña introducción sobre la importancia de la investigación y de cómo acceder a los instrumentos. Se les solicitó la máxima

sinceridad y se les garantizó la confidencialidad de los datos que se obtuvieran. Las instrucciones de cómo responder, se encontraban en las primeras pantallas antes del primer reactivo de cada instrumento. Al término de la sesión se les agradeció su participación. Una vez aplicados los instrumentos, se hizo uso del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013). Finalmente, los resultados obtenidos, se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 21.0 y el *software* AMOS 21.0.

Análisis de datos

Antes de utilizar los modelos de ecuaciones estructurales (SEM por sus siglas en inglés) para realizar los análisis de los modelos propuestos y contrastar las hipótesis formuladas, se comprobó que se cumplían los supuestos subyacentes a esta técnica, especialmente los de normalidad y linealidad, para lo cual se analizaron los valores de asimetría y curtosis, así como los gráficos de dispersión matricial de las distintas variables contempladas.

Luego, a partir de la matriz de correlaciones, se hizo uso de SEM utilizando el método de estimación de máxima verosimilitud (ML), con la aplicación de procedimientos de remuestreo *bootstrap* para los casos de no normalidad (Byrne, 2016; Kline, 2011), con el fin de someter a prueba el conjunto de relaciones explicativas hipotetizadas; aun cuando en AMOS 21.0 el ML es especialmente robusto para posibles casos de no normalidad, especialmente si la muestra es suficientemente amplia y los valores de asimetría y curtosis no son extremos (asimetría $<|2|$ y curtosis $<|7|$).

El ajuste de los modelos se comprobó a partir de los estadísticos Chi-cuadrado, índice de bondad de ajuste (GFI), raíz media cuadrática residual estandarizada (SRMR) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) como medidas absolutas de ajuste. El índice de bondad ajustado (AGFI), el Índice Tucker-Lewis (TLI) y el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) como medidas de ajuste incremental. La razón de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/GL) y el Criterio de Información de Akaike (AIC) como medidas de ajuste de parsimonia (Byrne, 2016; Gelabert et al., 2011). Para todas ellas se estableció como umbral de aceptación valores iguales o superiores a .90, e inferiores a .08 para el RMSEA y el SRMR (Byrne, 2016; Gelabert et al., 2011). Posteriormente, se analizaron los efectos directos, indirectos y totales obtenidos entre las distintas variables contempladas en el mejor de los modelos.

Modelo I: Bienestar Subjetivo en función del Género, Edad y los factores Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.

Hipótesis

Del modelo inicial propuesto que integra las relaciones entre el Bienestar Subjetivo, el Género, la Edad y los factores Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico (Figura 4) se desprenden las hipótesis que se enuncian a continuación.

H1: La variable Género ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

H2a: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Función Física y Salud Psicológica.

H2b: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica.

H2c: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Función Física y Rol Físico.

H2d: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física y Salud Psicológica.

H2e: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física y Rol Físico.

H2f: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica.

H2g: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal y Salud Psicológica.

H2h: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Rol Físico y Salud Psicológica.

H2i: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal y Rol Físico.

H2j: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Rol Físico y Salud Psicológica.

H2k: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor de calidad de vida Rol Físico.

H3a: El factor Función Física ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Salud Psicológica.

H3b: El factor Función Física ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Rol Físico y Salud Psicológica.

H3c: El factor Función Física ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Rol Físico.

H4a: El factor Dolor Corporal ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Función Física y Salud Psicológica.

H4b: El factor Dolor Corporal ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Salud Psicológica.

H4c: El Factor Dolor Corporal ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica.

H4d: El factor Dolor Corporal ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Función Física y Rol Físico.

H4e: El factor Dolor Corporal ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Rol Físico y Salud Psicológica.

H4f: El factor Dolor Corporal ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Rol Físico.

H5: El factor Salud Psicológica ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

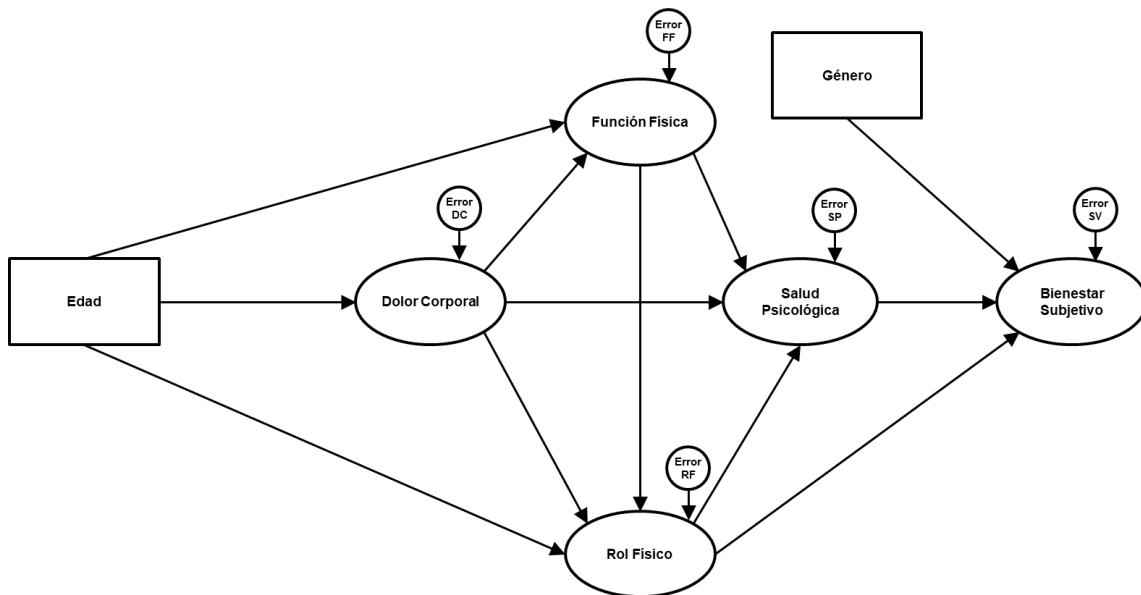
H6a: El factor Rol Físico ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

H6b: El factor Rol Físico ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Salud Psicológica.

Figura

4

Modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico. Los indicadores de los factores no están representados por razones de simplicidad en la presentación.



Instrumentos y variables

Para evaluar la CVRS se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 adaptado y validado al español por Alonso et al. (1995) y validado para personas adultas mayores chihuahuenses en la Tesis Doctoral de Aguirre (2017), teniendo como enfoque la versión original de sus autores.

Para la evaluación del Bienestar Subjetivo se utilizó la SWLS de los autores Jurado et al. (2019), versión adaptada y validada para poblaciones mexicanas teniendo como base la validación al castellano de Atienza, Pons, Balaguer and García-Merita (2000). En el estudio del modelo mediante ecuaciones estructurales, solo se utilizaron los ítems que después de los análisis factoriales confirmatorios presentaron las mejores cargas factoriales.

Género donde el valor 0 representa a las mujeres y el 1 a los hombres.

Edad expresa la edad (en años cumplidos) de los sujetos participantes.

Evaluación de los supuestos subyacentes al análisis de covarianza

En la Tabla 9 se resumen los valores de asimetría y curtosis de las variables contenidas en el modelo inicial propuesto. A pesar de que la mayoría de las variables muestran valores de asimetría de ± 2.00 y ± 4.00 de curtosis, el índice multivariado de Mardia por encima del valor 70 indica alejamiento de la normalidad multivariada (Rodríguez & Ruiz, 2008); por lo que se puede inferir que no existe dicha normalidad.

Tabla 9

Asimetría y curtosis para las variables observables del modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.

Variable	AS	CU
Género	.66	-1.57
Edad	.71	-.19
SatisfacciónVida1	-1.35	1.53
SatisfacciónVida2	-1.35	1.80
SatisfacciónVida3	-1.90	3.91
SatisfacciónVida4	-1.64	3.11
SF4	-.29	-1.31
SF5	-.47	-1.28
SF6	0	-1.42
SF8	-.09	-1.45
SF9	-.12	-1.50
SF13	-.62	-.92
SF15	-.79	-.70
SF17	-.84	-.43
SF21	-.10	-1.12
SF22	-0.54	-1.02
SF24	-.44	-.90
SF25	-.79	-.50
SF29	-.29	-.86
índice multivariado de Mardia		119.17

Nota: AS = asimetría; CU = curtosis

Ajuste global de los modelos planteados

Los resultados globales del análisis factorial confirmatorio (GFI .95; RMSEA .04; CFI .98) para el modelo inicial propuesto indican que su ajuste es aceptable (Tabla 10). Sin embargo, dado que una de las relaciones esperadas no resultó significativa (Figura 5) se realizó una re-especificación del modelo inicial eliminando la relación que la incluía: Rol Físico > Bienestar Subjetivo (Figura 5)

Tras la eliminación de la vía (*path*) no significativa, el modelo final (GFI .95; RMSEA .04; CFI .98) sigue presentando un ajuste aceptable (Tabla 10).

Tabla 10

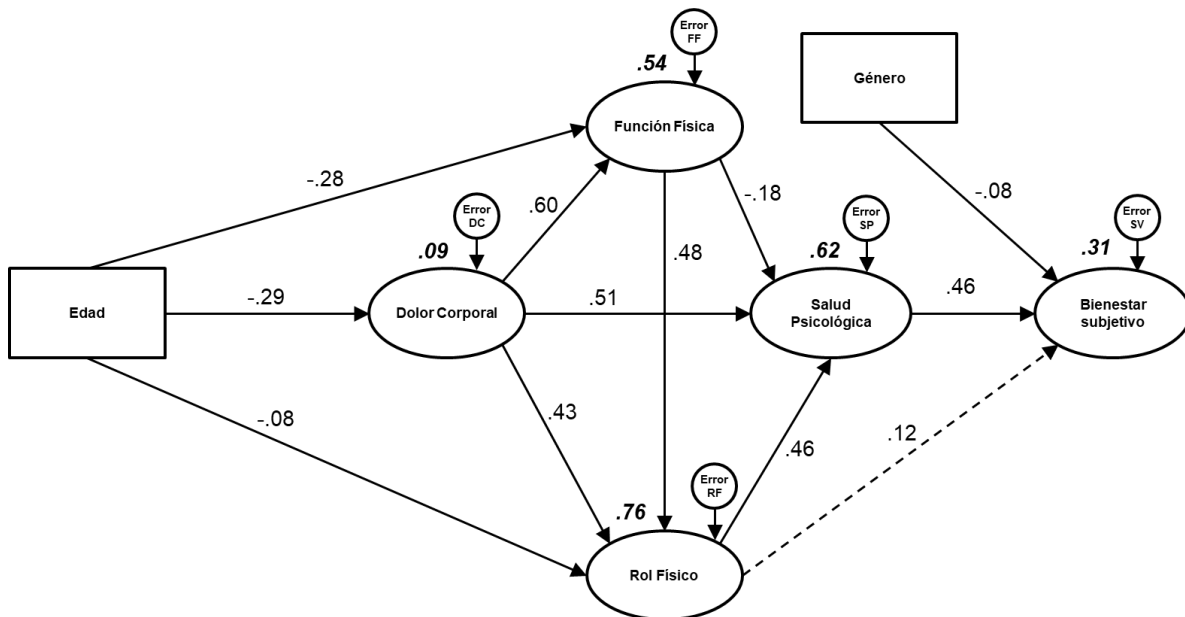
Índices absolutos, incrementales y de parsimonia de los modelos inicial y final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.

Modelo	Índices absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	GFI	RMSEA	SRMR	AGFI	TLI	CFI	χ^2/GL	AIC
Inicial	293.77*	.95	.04	.03	.93	.97	.98	2.13	397.77
Final	296.70*	.95	.04	.03	.93	.97	.98	2.13	398.70

Nota: * $p < .05$; SRMR = la raíz media cuadrática residual estandarizada GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; AGFI = índice corregido de la bondad de ajuste; TLI = índice de Tucker-Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo; χ^2/GL = índice de ajuste chi cuadrado dividido por los grados de libertad; AIC = criterio de información de Akaike

Figura**5**

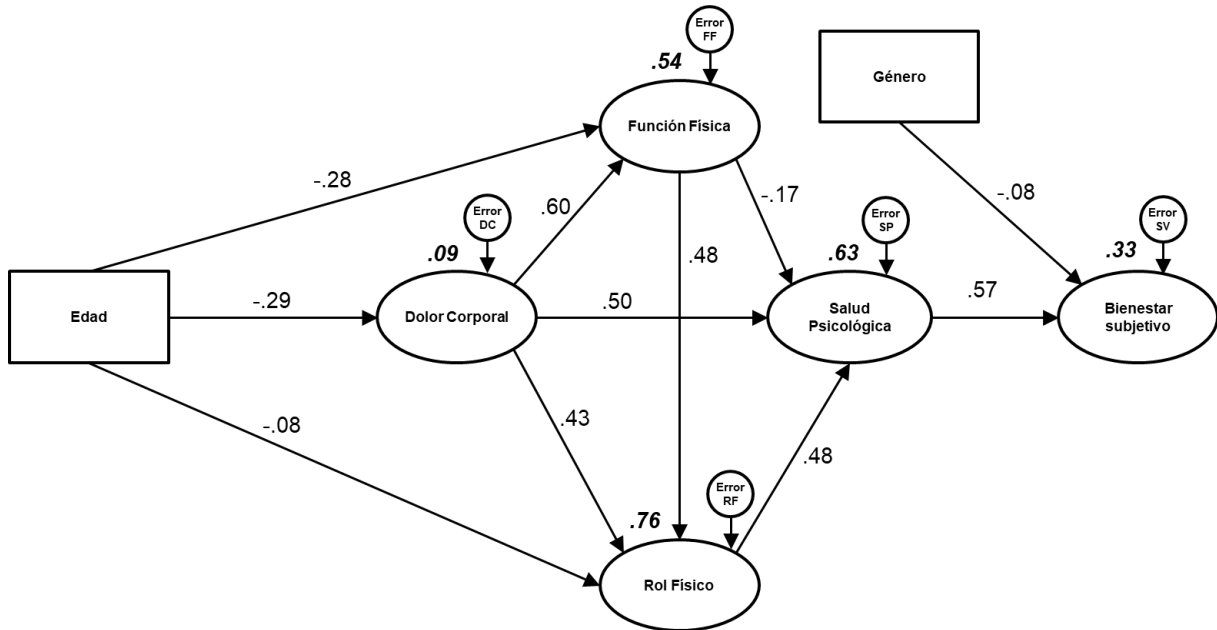
Solución estandarizada del modelo estructural inicial para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico. Todos los parámetros están estandarizados. Las líneas discontinuas representan paths no significativos.



Finalmente, se observa que ambos modelos explican un porcentaje de varianza similar en la variable criterio. Así, mientras el modelo inicial propuesto explica el 31% de la varianza de la variable Bienestar Subjetivo (Figura 5), el modelo final lo hace en un 33% (Figura 6).

Figura

Solución estandarizada del modelo estructural final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico. Todos los parámetros están estandarizados.



Evaluación de los parámetros individuales

Analizando individualmente los coeficientes de regresión para cada una de las vías propuestas en el modelo final (Figura 6), se observó que la totalidad de las relaciones propuestas obtienen significación cuando menos a un nivel $p < .05$.

El efecto directo más elevado fue el que produce el factor Dolor Corporal sobre el factor Función Física ($\beta = -.60$, $p < .001$), seguido del producido por el factor Salud Psicológica en el Bienestar Subjetivo. De manera similar destaca el efecto del factor Dolor Corporal sobre el factor Salud Psicológica y del factor Función Física en el factor Rol Físico y de éste sobre el Bienestar Subjetivo (Tabla 11).

Por otro lado, los resultados muestran que la Edad, el Dolor Corporal, Función Física y Rol Físico influyen indirectamente de forma significativa en el Bienestar Subjetivo. Por su parte, la Edad ejerce un efecto indirecto sobre los factores Función Física y Rol Físico. Mientras que el Dolor Corporal, lo tiene hacia Rol Físico. Entretanto,

el factor Salud Psicológica se encuentra influenciado indirectamente por la Edad, Dolor Corporal y Función Física.

Tabla 11

Efectos directos e indirectos estandarizados entre las variables consideradas en el modelo estructural final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Salud Psicológica y Rol Físico.

		Género	Edad	Dolor Corporal	Función Física	Rol Físico	Salud Psicológica
Dolor Corporal	Directo		.29				
	Indirecto						
Función Física	Directo		-.28	-.60			
	Indirecto		-.18				
Rol Físico	Directo		-.08	-.43	.48		
	Indirecto		-.35	-.29			
Salud Psicológica	Directo			-.50	-.17	.48	
	Indirecto		-.27	-.24	.23		
Bienestar Subjetivo	Directo	-.08					.57
	Indirecto		-.15	-.42	.03	.27	

Discusión y Conclusiones

Con respecto a la predicción del Bienestar Subjetivo percibido a través del Género, la Edad y los factores Dolor Corporal, Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica se han cumplido 17 (H1, H2a, H2b, H2d, H2f, H2g, H2h, H2j, H3a, H3b, H4a, H4b, H4c, H4e, H5, H6b) de las 24 hipótesis planteadas a partir del modelo inicial propuesto, salvo las hipótesis que incluían el efecto directo del factor Rol Físico sobre la variable Bienestar Subjetivo. De este modo, los factores Dolor Corporal, Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica percibidos predicen positivamente la percepción de Bienestar Subjetivo; resultados que concuerdan con los obtenidos en otros estudios (Arevalo et al., 2020; Figueredo et al., 2019; Gildner et al., 2019).

En particular la variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la percepción de Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica; entretanto, el Dolor Corporal lo hace por medio de los factores Rol Físico, Función Física y Salud Psicológica. Por su parte el factor Función Física tiene un efecto indirecto sobre la percepción de Bienestar Subjetivo a través de los factores Salud Psicológica y Rol Físico, y éste a través del factor Salud

Psicológica. Mientras que la variable Género y el factor Salud Psicológica producen un efecto directo sobre la percepción de Bienestar Subjetivo.

En relación con la variable Edad y su efecto indirecto sobre la percepción de Bienestar Subjetivo, a través de los factores de calidad de vida Dolor Corporal, Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica; coincide con resultados que asocian significativamente dicha variable, con puntuaciones más altas en los factores Función Física, Salud General, Salud Mental y el resumen del componente mental, en personas adultas mayores de más avanzada edad (Bjerk et al., 2018).

Sin embargo, difiere de otros hallazgos que indican que una mayor edad favorece la manifestación de puntuaciones más bajas en las dimensiones de CVRS, específicamente en el componente físico (Cardona-Arias, Álvarez-Mendieta, et al., 2014; Etxeberria et al., 2019). Sus autores atribuyen esto, a los factores determinantes de calidad de vida en la población objeto de estudio, lo que sugiere que dicha asociación se modifica según avanza la edad. Lo anterior, es coincidente con resultados que demuestran que, la autosatisfacción decrece con la edad y es determinante para la percepción de calidad de vida en personas adultas mayores, al ser uno de sus ejes fundamentales (Fernández-Ballesteros, 1999).

El Dolor Corporal obtuvo el efecto directo más elevado, sobre el factor Función Física. Es importante expresar que la naturaleza del factor, indaga en cómo la percepción de dolor se manifiesta en la ocupación frecuente y las actividades de la vida diaria. Si se tiene en cuenta, además, que la Función Física mide cómo las afecciones de la salud restringen las actividades físicas, entre ellas las inherentes al autocuidado, deambular y cargar y/o transportar objetos; no es de extrañar que las personas adultas mayores, al expresar su percepción de CVRS lo consideraran de un modo muy particular. Esto, entre otras cosas se debe a que durante la vejez se tienen en cuenta como determinantes, variables y factores que en otros grupos de edad no lo son. Aun así, investigaciones declaran la no existencia de una relación significativa, entre el Dolor Corporal provocado por enfermedades osteoarticulares y musculoesqueléticas y la calidad de vida percibida (Rodríguez, 2017).

Al analizar el factor Función Física, aun cuando su efecto es indirecto sobre la percepción de Bienestar Subjetivo, a través de los factores Salud Psicológica y Rol Físico, es de esperar que este sea determinante para este grupo etario; pues, generalmente aparejado al envejecimiento, se evidencian limitaciones en las habilidades y capacidades físicas. Desde esta óptica, puede asumirse que este hecho condicione la autovaloración de CVRS específicamente en la dimensión física. No obstante, investigadores reportan que, la dimensión física mostró resultados mejores conforme avanzaba la edad de los sujetos que estudiaron (Etxeberria et al., 2019). Una explicación tentativa a este hallazgo, quizás se encuentre en el desarrollo de procesos de autoaceptación, que permiten asumir de una mejor manera las condiciones propias de esta etapa de la vida.

Con relación a este particular, al estudiar la asociación entre la Función Física y el BS, se concluyó que las medidas de Función Física más altas, exhibieron asociaciones moderadas, pero significativas, con mayores probabilidades de bienestar (Gildner et al., 2019). Esta evidencia sugiere que el factor se asocia de forma positiva con el bienestar percibido en dicho sector poblacional.

De los resultados obtenidos en el modelo final, se destaca que la variable Género y el factor Salud Psicológica, producen un efecto directo sobre la percepción de Bienestar Subjetivo. Respecto al Género, algunos estudios reportan diferencias, ya sean significativas o no, en cuanto a la percepción de CVRS a favor de los hombres, en poblaciones de personas adultas mayores mexicanas (Barceló et al., 2020; Gallegos-Carrillo et al., 2019). En contraste con lo anterior, al realizar dicho análisis, no se encontraron diferencias significativas. Aunque al examinar las dimensiones que integran el constructo, reportaron que la movilidad física, el dolor y la energía se perciben con mayor afectación en las mujeres (López et al., 2019).

En cuanto a la Salud Psicológica, es imprescindible enfatizar que, en sentido general, la salud es uno de los predictores principales del BS en personas adultas mayores. La autopercepción de salud de dichas personas, sea por su estado de salud, o bien por su calidad de vida, está influenciada por su capacidad funcional y salud

mental. Estudios recientes corroboran que la autopercepción de salud, tiene una asociación significativa con indicadores más objetivos; entre ellos: número de enfermedades crónicas que se padece y tiempo que se ha vivido con una enfermedad, entre otros (Arevalo et al., 2020).

Por último, sobre la base de los resultados discutidos se pueden extraer las conclusiones siguientes:

Las variables contempladas en el modelo explican en buena medida la varianza total en el Bienestar Subjetivo percibido, lo que revela la importancia del conjunto de variables en la predicción y/o explicación de dicho constructo en las personas adultas mayores y, por consiguiente, la necesidad de incluir su mejora y desarrollo en los programas de intervención para este sector poblacional. Por otro lado, las variables incluidas en el modelo constituyen un entramado particular de relaciones, de modo que ninguno de estos constructos funciona independientemente, sino que se interrelacionan, llegando casi a solaparse unos sobre otros.

Modelo II: Bienestar Subjetivo en función del Género, Edad y los factores Esfera Física, Esfera Mental y Esfera Social.

Hipótesis

Del modelo inicial propuesto que integra las relaciones entre el Bienestar Subjetivo, el Género, la Edad y los factores Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social (Figura 7) se desprenden las hipótesis que se enuncian a continuación.

H1a: La variable Género ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

H1b: La variable Género ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Funcional.

H1c: La variable Género ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Funcional y Esfera Mental.

H1d: La variable Género ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Funcional y Esfera Social.

H1e: La variable Género ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Funcional, Esfera Social y Esfera Mental.

H1f: La variable Género ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Mental.

H1g: La variable Género ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Social.

H1h: La variable Género ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Social y Esfera Mental.

H2a: El factor Esfera Funcional ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

H2b: El factor Esfera Funcional ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Mental.

H2c: El factor Esfera Funcional ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Social y Esfera Mental.

H2d: El factor Esfera Funcional ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Social.

H3: El factor Esfera Mental ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

H4a: La variable Edad ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

H4b: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Funcional.

H4c: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Funcional y Esfera Mental.

H4d: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Funcional, Esfera Social y Esfera Mental.

H4e: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Funcional y Esfera Social.

H4f: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Mental.

H4g: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Social.

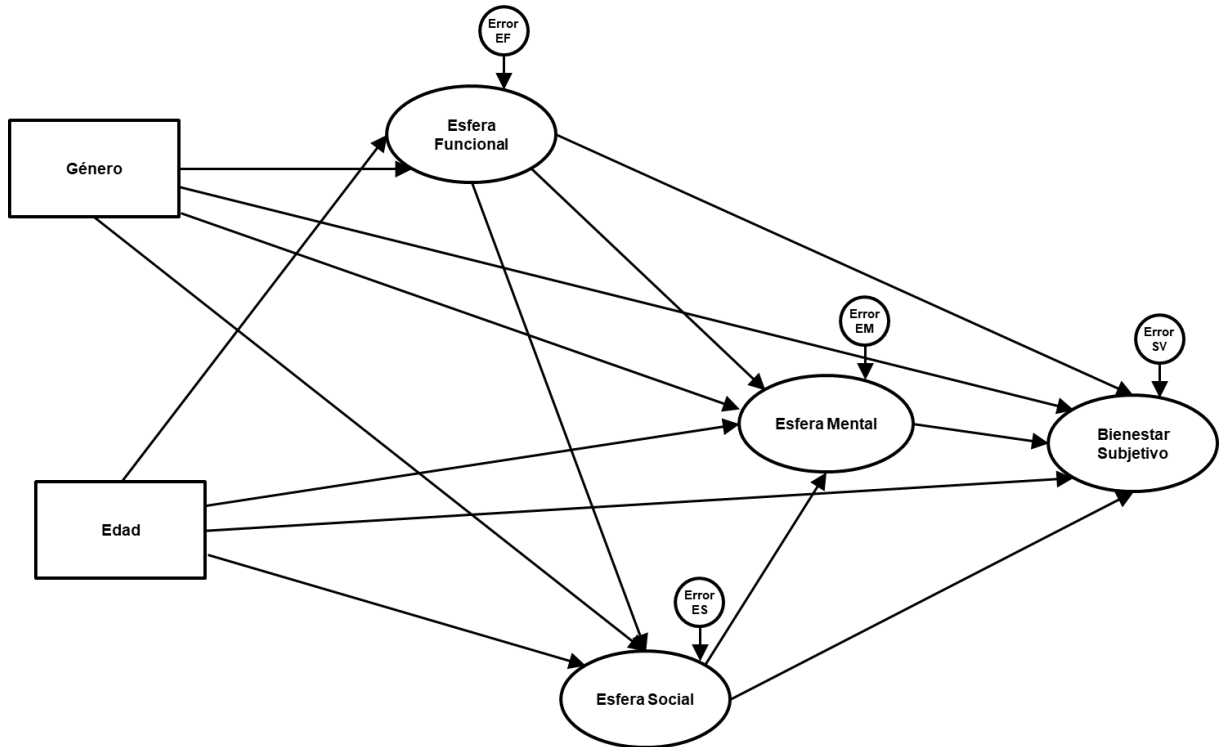
H4h: La variable Edad ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través de los factores Esfera Social y Esfera Mental.

H5a: El factor Esfera Social ejerce un efecto directo sobre la variable Bienestar Subjetivo.

H5b: El factor Esfera Social ejerce un efecto indirecto sobre la variable Bienestar Subjetivo a través del factor Esfera Mental.

Figura

Modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Los indicadores de los factores no están representados por razones de simplicidad en la presentación.



Instrumentos y variables

Para evaluar la CVRS se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 adaptado y validado al español por Alonso et al. (1995) y validado para personas adultas mayores chihuahuenses en la Tesis Doctoral de Aguirre (2017), teniendo como enfoque la Valoración Geriátrica Integral. Para la evaluación del Bienestar Subjetivo se utilizó la SWLS de los autores Jurado et al. (2019), versión adaptada y validada para poblaciones mexicanas teniendo como base la validación al castellano de Atienza, Pons, Balaguer and García-Merita (2000). En el estudio del modelo mediante ecuaciones estructurales, solo se utilizaron los ítems que después de los análisis factoriales confirmatorios presentaron las mejores cargas factoriales.

Género donde el valor 0 representa a las mujeres y el 1 a los hombres.

Edad expresa la edad (en años cumplidos) de los sujetos participantes.

Evaluación de los supuestos subyacentes al análisis de covarianza

En la Tabla 12 se resumen los valores de asimetría y curtosis de las variables contenidas en el modelo inicial propuesto. A pesar de que la mayoría de las variables muestran valores de asimetría de ± 2.00 y ± 4.00 de curtosis, el índice multivariado de Mardia por encima del valor 70 indica alejamiento de la normalidad multivariada (Rodríguez & Ruiz, 2008); por lo que se puede inferir que no existe dicha normalidad.

Tabla 12

Asimetría y curtosis para las variables observables del modelo inicial propuesto para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social.

Variable	AS	CU
Género	.66	-1.57
Edad	.71	-.19
SatisfacciónVida1	-1.35	1.53
SatisfacciónVida2	-1.35	1.80
SatisfacciónVida3	-1.90	3.91
SatisfacciónVida4	-1.64	3.11
SF5	-.47	-1.28
SF7	-.51	-1.23
SF8	-.09	-1.45
SF10	-.43	-1.28
SF20a	-.82	-.48
SF23	-.71	-.19
SF27	-.49	-.51
SF30	-.75	-.06
SF32a	-.86	-.39
SF32b	-.94	-.16
índice multivariado de Mardia		95.25

Nota: AS = asimetría; CU = curtosis

Ajuste global de los modelos planteados

Los resultados globales del análisis factorial confirmatorio (GFI .95; RMSEA .05; CFI .98) para el modelo inicial propuesto indican que su ajuste es aceptable (Tabla 13). Sin embargo, dado que siete de las relaciones esperadas no resultaron significativas (Figura 7) se realizó una re-especificación del modelo inicial eliminando las relaciones que las incluían: Género > Bienestar Subjetivo; Género > Esfera Mental; Género > Esfera Social; Esfera Funcional > Bienestar Subjetivo; Edad > Bienestar Subjetivo; Edad > Esfera Mental; Edad > Esfera Social (Figura 8).

Tras la eliminación de las siete *paths* no significativas, el modelo final (GFI .95; RMSEA .05; CFI .97) sigue presentando un ajuste aceptable (Tabla 13).

Tabla 13

Índices absolutos, incrementales y de parsimonia de los modelos inicial y final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social.

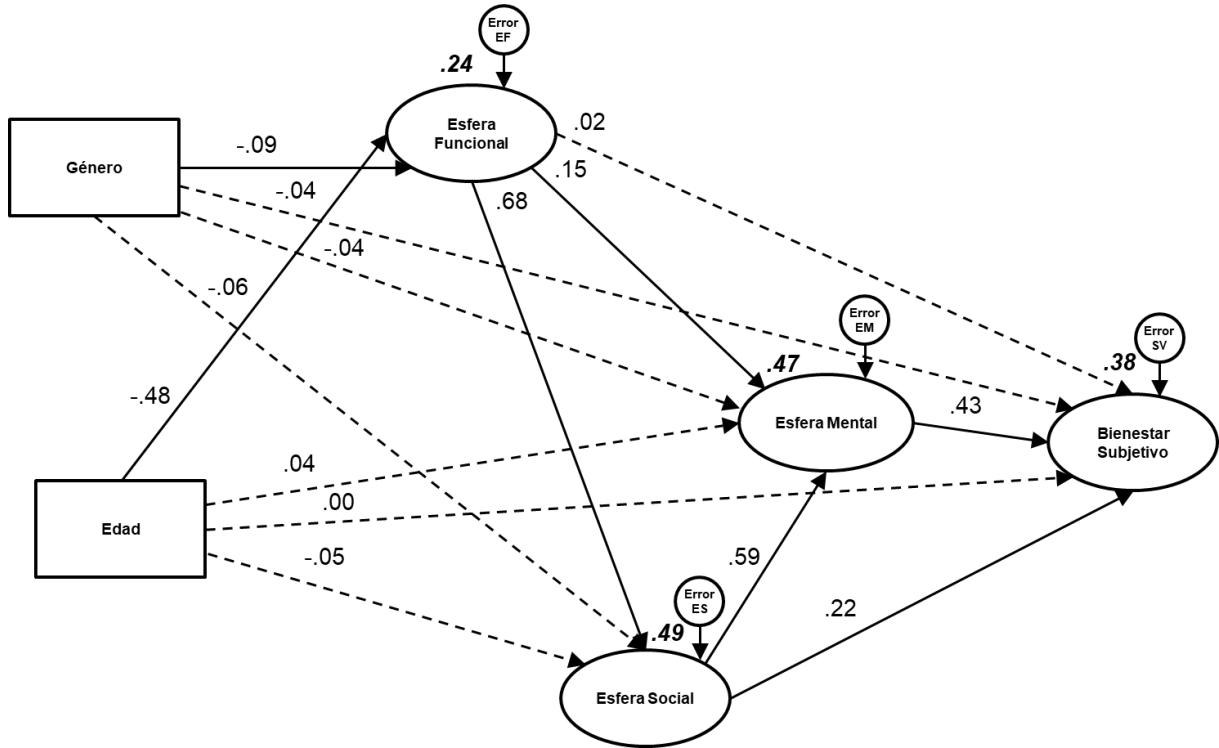
Modelo	Índices absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	GFI	RMSEA	SRMR	AGFI	TLI	CFI	χ^2/GL	AIC
Inicial	240.44*	.95	.05	.03	.93	.97	.98	2.64	330.44
Final	249.06*	.95	.05	.03	.93	.97	.97	2.54	325.06

Nota: * $p < .05$; SRMR = la raíz media cuadrática residual estandarizada GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; AGFI = índice corregido de la bondad de ajuste; TLI = índice de Tucker-Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo; χ^2/GL = índice de ajuste chi cuadrado dividido por los grados de libertad; AIC = criterio de información de Akaike

Figura

8

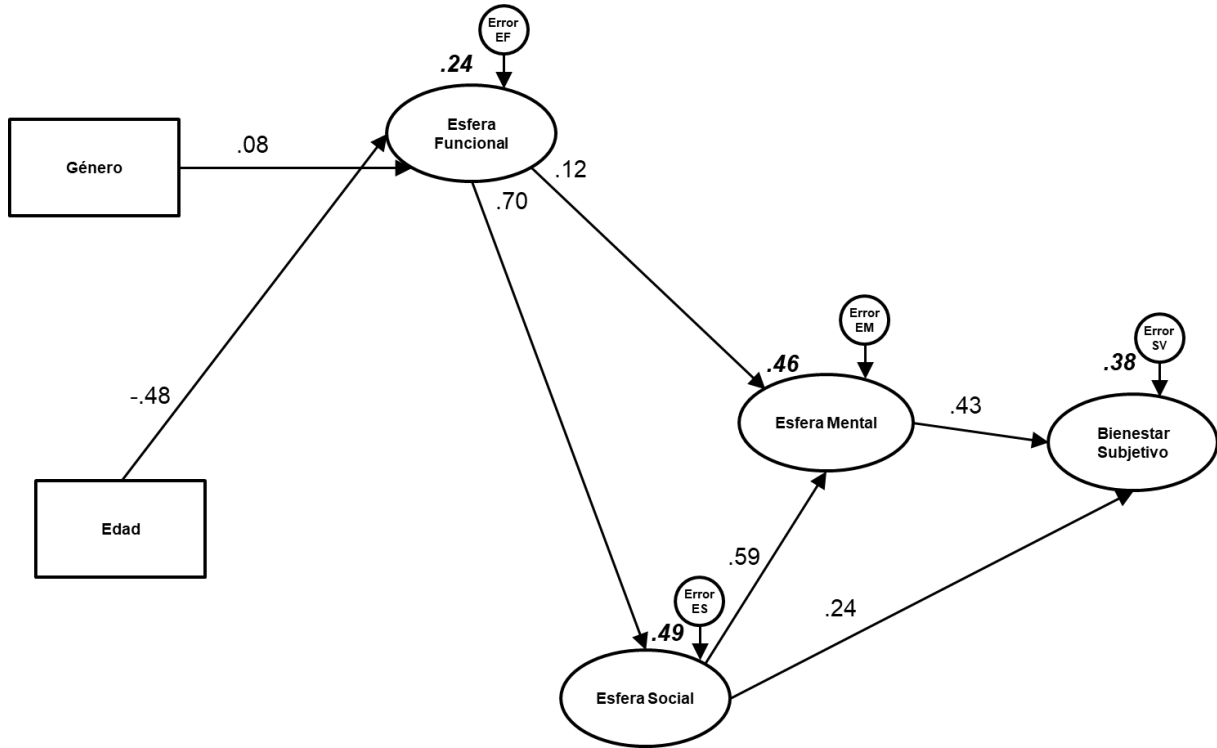
Solución estandarizada del modelo estructural inicial para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Todos los parámetros están estandarizados. Las líneas discontinuas representan paths no significativos.



Finalmente, se observa que ambos modelos explican el 38% de la varianza en la variable criterio (Figura 8) y (Figura 9).

Figura

Solución estandarizada del modelo estructural final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Todos los parámetros están estandarizados. Las líneas discontinuas representan paths no significativos.



Evaluación de los parámetros individuales

Analizando individualmente los coeficientes de regresión para cada una de las vías propuestas en el modelo final (Figura 9), se observó que la totalidad de las relaciones propuestas obtienen significación cuando menos a un nivel $p < .05$.

El efecto directo más elevado fue el que produce el factor Esfera Funcional sobre el factor Esfera Social ($\beta = -.70$, $p < .001$), seguido del producido por el factor Esfera Social en el factor Esfera Mental. De manera similar destaca el efecto del factor Esfera Mental sobre el Bienestar Subjetivo y del factor Esfera Social sobre el Bienestar Subjetivo. Finalmente, en la Figura 8 se puede observar que la mayoría de los efectos directos son positivos, salvo el que produce la variable Edad sobre el factor Esfera Funcional (Tabla 14).

Por otro lado, los resultados muestran que el Género, la Edad, la Esfera Funcional y la Esfera Social influyen indirectamente de forma significativa en el Bienestar Subjetivo. Del mismo modo, Esfera Funcional, Edad y Género lo hacen sobre Esfera Mental. Por su parte, tanto el Género como la Edad ejercen un efecto indirecto sobre la Esfera Social.

Tabla 14

Efectos directos e indirectos estandarizados entre las variables consideradas en el modelo estructural final para el Bienestar Subjetivo en función del Género, la Edad y los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social.

		Género	Edad	Esfera Funcional	Esfera Mental	Esfera Social
Esfera Funcional	Directo	.08	-.48			
	Indirecto					
Esfera Mental	Directo			.12		.59
	Indirecto	.04	-.26	.41		
Esfera Social	Directo			.70		
	Indirecto	.06	-.34			
Bienestar Subjetivo	Directo				.43	.24
	Indirecto	.03	-.19	.39		.25

Discusión y Conclusiones

Con respecto a la predicción del Bienestar Subjetivo percibido a través del Género, la Edad y los factores Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social se han cumplido 12 (H1, H2a, H2b, H2d, H2f, H2g, H2h, H2j, H3a, H3b, H4a, H4b, H4c, H4e, H5, H6b) de las 23 hipótesis planteadas a partir del modelo inicial propuesto, salvo las hipótesis que incluían los efecto directos siguientes: Esfera Funcional > Bienestar Subjetivo; Género > Bienestar Subjetivo; Género > Esfera Mental; Género > Esfera Social; Edad > Esfera Mental; Edad > Bienestar Subjetivo; Edad > Esfera Social. De tal modo que, los factores Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social percibidos predicen positivamente la percepción de Bienestar Subjetivo; resultados similares se reportan otras investigaciones (Arevalo et al., 2020; Figueredo et al., 2019; Gildner et al., 2019).

Específicamente, tanto la variable Género como Edad ejercen efectos indirectos sobre la percepción de Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Entretanto, La Esfera Social lo hace a través del factor Esfera Mental. A su vez, La Esfera Mental tiene un efecto directo sobre el Bienestar Subjetivo.

En relación con la variable Género y su influencia indirecta sobre la percepción de Bienestar Subjetivo, los resultados sobre si los hombres y las mujeres difieren en términos de sus niveles de bienestar, son altamente inconsistentes. Al respecto, es importante destacar los fundamentos teóricos del constructo y las conocidas desigualdades de género, presentes aún en el mundo. La teoría de la satisfacción de las necesidades (Tay & Diener, 2011), postula que el Bienestar Subjetivo, depende de la satisfacción de las necesidades físicas y psicológicas que los sistemas y condiciones sociales, pueden obstaculizar o promover, según la teoría de la habitabilidad (Veenhoven & Ehrhardt, 1995).

En este sentido, Kieny et al. (2021) utilizando datos del estudio de la OMS sobre el envejecimiento global y la salud, evaluaron la relación entre el género y varias

medidas de Bienestar Subjetivo, en personas adultas mayores procedentes de países en desarrollo. Entre sus hallazgos encontraron que, de manera general, las mujeres manifiestan niveles más bajos de bienestar que los hombres. Sin embargo, en circunstancias de vida similares, expresan un bienestar semejante, e incluso ligeramente superior. Esto sugiere que la brecha de género, puede explicarse por circunstancias de vida menos favorables para las mujeres, concretamente por los estados socioeconómicos.

Por su parte, Batz-Barbarich et al. (2018), al realizar un meta-análisis basado en 281 tamaños de efecto para la satisfacción con la vida, (N=1001802) y 264 para la satisfacción en el trabajo (N=341949), los resultados no mostraron diferencias significativas de género, en ambos tipos de bienestar subjetivo. Los meta-análisis complementarios encontraron una satisfacción laboral significativamente menor en las mujeres, no siendo así en la satisfacción con la vida. Mientras, al estudiar el diferencial de género en la salud psicológica y el Bienestar Subjetivo, las mujeres mostraron valores inferiores. Se confirmó que envejecer sin hijos afecta más a las mujeres que a los hombres (Patel et al., 2021).

El efecto indirecto más bajo, se manifestó en la Edad sobre el Bienestar Subjetivo. Asimismo, dicha variable actuó sobre la percepción de Bienestar Subjetivo a través de los factores de calidad de vida: Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social. Varios estudios informan que, con la edad, en las personas adultas mayores se produce una mejora en el bienestar emocional; siendo incluso superior, al compararlos con personas de mediana edad (Carstensen et al., 2011; Dolan et al., 2017).

No obstante, en países de medianos y bajos ingresos, este bienestar manifiesta una disminución conforme avanza la edad. La diferencia podría estar relacionada con los desafíos específicos que enfrenta dicha población. Entre estos se encuentran: exclusión de trabajadores informales de los planes de pensiones, ausencia de un sistema de bienestar social y aumento de las necesidades de servicios de salud (Kieny et al., 2020).

Por otra parte, se encontró una influencia indirecta de la Esfera Social en el Bienestar Subjetivo, a través del factor Esfera Mental. Simultáneamente, la Esfera Social ejerce un efecto directo sobre la Esfera Mental, siendo el segundo mayor entre todos los obtenidos. Sobre este particular, es importante tener en cuenta que, el Bienestar Subjetivo en este grupo etario, está influenciado significativamente por la percepción que poseen del apoyo social. Identifican como sus principales fuentes de apoyo social a la familia, amigos y vecinos, mientras que la ayuda brindada por instituciones formales se destaca en menor medida (Jocik-Hung et al., 2017).

El apoyo social puede prevenir o aliviar la respuesta al estrés, estabilizar el sistema neuroendocrino y aumentar los patrones de comportamiento saludable. En sentido general, tiene un efecto predictivo positivo sobre el Bienestar Subjetivo. Las personas adultas mayores con mayor apoyo social, muestran confianza en sí mismos y un mayor sentido de autoestima, suelen experimentar más emociones positivas que negativas y su satisfacción con la vida también aumenta (Su et al., 2021).

Al estudiar las condiciones de salud física y problemas de salud mental y sus relaciones con el Bienestar Subjetivo en 6945 personas adultas mayores norteamericanas, se encontró que la comorbilidad físico-mental, se relaciona con una percepción de bienestar más bajo, en comparación con el poseer una única condición de salud crónica o la salud física limitada. Además, los problemas de salud mental también se asociaron con una disminución de Bienestar Subjetivo, mientras que las condiciones de salud física, por si solas no estaban relacionadas (Wang & Kim, 2020).

Al respecto, es imprescindible tener en cuenta la influencia de algunas variables sociodemográficas. Por ejemplo, las redes sociales pueden ser importantes para la salud mental y el bienestar en la vejez. Los cónyuges, parejas e hijos son a menudo la base de redes sociales duraderas, que pueden proporcionar apoyo social a las personas adultas mayores (Becker et al., 2019).

La Esfera Funcional manifestó el efecto directo más elevado; en este caso sobre la Esfera Social. Sobre este tema, es necesario enfatizar que, el envejecimiento trae

consigo múltiples afectaciones tanto biológicas como psicológicas y sociales. Entre las más frecuentes se destacan la incidencia de las enfermedades no transmisibles, así como las degenerativas del sistema osteomioarticular, con mayor implicación de los miembros inferiores, que propician múltiples limitaciones funcionales (González, 2018; Pérez et al., 2019).

Esto, unido a otros factores, condicionan y en buena medida limitan la interacción social de las personas adultas mayores. Los somete a vivenciar situaciones de aislamiento, sobre todo para aquellas, en cuyas redes de apoyo ocupaban un lugar destacado vecinos, amigos, y antiguos colegas de profesión u ocupación. De este modo, se entiende que, la disminución de la capacidad funcional, conlleva al predominio de estilos de vida y conductas sedentarias, así como la reducción del tamaño y satisfacción con la red de apoyo social, constituyen factores que indudablemente afectan el equilibrio biopsicosocial y por ende la autopercepción de CVRS.

Para resumir, sobre la base de los resultados obtenidos se pueden extraer las conclusiones siguientes:

Primeramente, los conjuntos de variables involucradas en la investigación, explican en buena medida el Bienestar Subjetivo percibido de las personas adultas mayores estudiadas. Esto demuestra que constituyen un espacio necesario de intervención. Las variables contempladas en el modelo alcanzan a explicar más del 38% de la varianza total en el Bienestar Subjetivo percibido, este hallazgo parece revelar la importancia del conjunto de variables en la predicción y/o explicación del Bienestar Subjetivo de las personas adultas mayores. Por consiguiente, emerge la necesidad de incluir su mejora y desarrollo en las acciones y programas de intervención para este sector poblacional.

Al mismo tiempo, resulta importante destacar que las variables incluidas en el modelo reflejan una compleja, particular y sistemática interacción, de modo que, ninguna de ellas funciona de manera aislada ni independientemente.

Capítulo V: Conclusiones Generales y Aportaciones Científicas

Conclusiones Generales

Se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo y diseño transversal, con el objetivo de generar un modelo estructural multifactorial, que explique la dependencia funcional e interrelaciones, entre variables asociadas a la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y Bienestar Subjetivo (BS) en personas adultas mayores. El contenido y la estructura del presente capítulo giran en torno a la consecución de ese propósito. Se expresan además las aportaciones científicas, así como las perspectivas de investigación.

¿Cuáles son los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la utilización de ecuaciones estructurales, para fundamentar modelos explicativos de percepción de CVRS y BS en personas adultas mayores?

El estudio de los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la utilización de ecuaciones estructurales, para fundamentar modelos explicativos de percepción de CVRS y BS en personas adultas mayores, mostró que la calidad de vida se asocia de modo inequívoco con la percepción de bienestar del individuo; incluyendo el nivel del bienestar físico, psíquico y social. Sin embargo, aunque numerosos investigadores han tratado esta temática en dicha población, no se encontraron publicadas indagaciones que argumentaran la interrelación entre las dimensiones que integran ambos constructos. Al mismo tiempo, el análisis de fuentes bibliográficas develó las limitantes epistémicas que posibilitaron sistematizar los modelos estructurales propuestos.

¿Cuál es la percepción de CVRS y BS en las personas adultas mayores estudiadas?

La utilización de instrumentos validados para poblaciones mexicanas en investigaciones previas, así como asumir las adecuaciones realizadas por sus

autores, posibilitó la obtención de datos fidedignos acerca de los niveles de CVRS y BS en las personas adultas mayores estudiadas.

¿Cuál es la estructura factorial más viable y adecuada para el Cuestionario de Salud SF-36?

Entre los modelos generados desde el enfoque característico del Cuestionario de Salud SF-36, el M2-SF13-4 mostró los mejores valores de consistencia interna. Los resultados de los análisis factoriales confirmatorios corroboraron que la estructura tetrafactorial (Función Física, Dolor Corporal, Rol Físico y Salud Psicológica) mostró apropiados indicadores de ajuste.

De los modelos generados a partir de las convergencias entre el Cuestionario de Salud SF-36 y las esferas Funcional, Mental y Social de la Valoración Geriátrica Integral, el de mejor ajuste fue el VGI-M1-3-10. Éste, exhibió apropiadas propiedades psicométricas, por lo que puede tenerse en cuenta como una escala de gran utilidad para enriquecer la Valoración Geriátrica Integral. No obstante, tanto para el enfoque característico del Cuestionario de Salud SF-36, como para éste, el alcance de los resultados aún es limitado, lo que demanda de investigaciones futuras.

¿Cuál es la estructura factorial más viable y adecuada para la Escala de Satisfacción con la Vida?

Entre los modelos generados para la Escala de Satisfacción con la Vida, el SWLS-M1c, mostró los mejores valores de consistencia interna. Esto evidencia las pertinentes propiedades psicométricas de la SWLS al utilizarse en poblaciones de personas adultas mayores; aunque, fue necesario eliminar el ítem 5: “Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada”, por su baja saturación. Pese a eso, el alcance de estos resultados es limitado, y es necesario que en investigaciones futuras se profundice en el estudio de la utilización de dicha escala; ello permitirá contar con evidencias más robustas.

¿Cuáles son las relaciones explicativas que se mostrarán en un modelo de ecuaciones estructurales, entre variables asociadas a la percepción de CVRS y sus correlatos con el BS en personas adultas mayores chihuahuenses?

En relación con la predicción del Bienestar Subjetivo percibido, a través del Género, la Edad y los factores Dolor Corporal, Función Física, Rol Físico y Salud Psicológica, se constató que, dichos factores lo predicen positivamente. Las variables contempladas en el modelo explican un tercio de la varianza total en el Bienestar Subjetivo percibido, lo que revela la importancia del conjunto de variables en la predicción y/o explicación de dicho constructo en las personas adultas mayores.

Con relación a la predicción del Bienestar Subjetivo percibido, a través del Género, la Edad y los factores Esfera Funcional, Esfera Mental y Esfera Social, se constató que, dichos factores lo predicen positivamente. Las variables contempladas en el modelo, explican más de un tercio de la varianza total en el Bienestar Subjetivo percibido. Este hallazgo revela la importancia del conjunto de variables en la predicción y/o explicación del Bienestar Subjetivo de las personas adultas mayores.

Los modelos generados, permiten explicar la dependencia funcional e interrelaciones estructurales, entre variables asociadas a la percepción de CVRS y sus correlatos con el BS en personas adultas mayores. Si bien no se puede afirmar que las relaciones son únicas, esta aproximación analítica, aporta evidencias empíricas que facilitarán y mejorarán los resultados de intervenciones prácticas para este sector poblacional. Al respecto, los resultados de esta investigación sugieren se enfatice en la mejora y mantenimiento de las capacidades funcionales, que les permitan sostener una apropiada interacción con sus redes sociales habituales. De este modo, se favorecerá la salud mental y la percepción de bienestar.

Las variables Género y Edad, ejercen efectos indirectos sobre la percepción de BS a través de los factores de CVRS estudiados. Aunque las magnitudes de efectos y los niveles de significancia continúan siendo controversiales, no puede desestimarse

su atención durante los programas de intervención en personas adultas mayores. Por otro lado, las variables incluidas en ambos modelos constituyen un entramado particular de relaciones, de modo que ninguno de estos constructos funciona independientemente, sino que se interrelacionan, llegando casi a solaparse unos sobre otros.

Aportaciones Científicas

Entre las principales aportaciones científicas, es necesario destacar que, en primer lugar, se corroboró la validación de los instrumentos Cuestionario de Salud SF-36 y Escala de Satisfacción con la Vida en personas adultas mayores, pues se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas en la muestra objeto de estudio. Es válido enfatizar que, para el segundo, en la actualidad aún son limitadas e inconsistentes las evidencias científicas que expongan su fiabilidad y validez en dicho grupo etario. Por lo tanto, los resultados de este estudio contribuyen a solventar dichas limitantes epistémicas.

En segundo lugar, se generó una nueva versión del Cuestionario de Salud SF-36, resultado del análisis de los puntos convergentes entre la naturaleza de los ítems del instrumento y las esferas Funcional, Mental y Social de la Valoración Geriátrica Integral, así como la importancia de las percepciones al estimar el estado clínico, psicosocial y funcional de las personas adultas mayores. La misma, contribuye al enriquecimiento de esa valoración multicomponente.

Finalmente se aportan modelos estructurales multifactoriales que explican la dependencia funcional e interrelaciones, entre variables asociadas a la percepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Bienestar Subjetivo y las dimensiones que integran ambos constructos, para personas adultas mayores. La puesta en práctica de estos hallazgos favorecerá la mejora en la calidad de vida de dicha población.

Prospectivas de Investigación

Los resultados de esta tesis, permitieron emerger varios temas en los que resultaría conveniente profundizar. Entre ellos, se encuentran los siguientes:

- Retomar la validación de los instrumentos utilizados, pues aún debe demostrarse si la invarianza en la estructura de las escalas se cumple por género y en diversas poblaciones de personas adultas mayores.
- Realizar estudios correlacionales entre las variables estudiadas en la presente investigación y otras, de modo tal que permitan ahondar en los factores determinantes de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Bienestar Subjetivo en poblaciones de personas adultas mayores.

Referencias bibliográficas

- Aedo, J., Oñate, E., Jaime, M., & Salazar, C. (2020). Capital social y bienestar subjetivo: un estudio del rol de la participación en organizaciones sociales en la satisfacción con la vida y felicidad en ciudades chilenas. *Revista de Análisis Económico–Economic Analysis Review*, 35(1), 55. <https://doi.org/10.4067/S0718-88702020000100055>
- Aguirre, S. I. (2017). *Adaptación y validación del cuestionario: Calidad de Vida SF-36 en adultos y adultos mayores mexicanos* Universidad Autónoma de Chihuahua]. Chihuahua, México.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104(20), 771-776. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
- Amador, L. V., & Esteban, M. (2015). Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de humanidades*(25), 145-168. <https://doi.org/10.5944/rdh.25.2015.14374>
- Americanos, O. d. E. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Washington, D.C.
- Antunes, R., Couto, N., Monteiro, D., Moutão, J., Marinho, D., & Cid, L. (2018). Goal content for the practice of physical activity and the impact on subjective well-being in older adults. *Journal of Aging Science*, 6(1), 1-6. <https://doi.org/10.4172/2329-8847.1000189>
- Aponte, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 13(2), 152-182. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
- Arbuckle, J. R. (2012). *AMOS users guide version 21.0*. Marketing Department, SPSS Incorporated.
- Arevalo, D. X., Game, C. I., Padilla, C. P., & Wong, N. I. (2020). Predictores de satisfacción con la calidad de vida en adultos mayores de Ecuador. *Revista ESPACIOS*, 41(12).
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712226.pdf>
- Awick, E. A., Wójcicki, T. R., Olson, E. A., Fanning, J., Chung, H. D., Zuniga, K., . . . McAuley, E. (2015). Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 24(2), 455-462. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0762-0>
- Badia, X., & García, A. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. *La Investigación de Resultados en Salud: de la evidencia a la práctica clínica. Barcelona: Edimac*, 61-78.
- Baltes, P. B., Freund, A. M., & Li, S. C. (2005). *The psychological science of human ageing*. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2002). Social foundations of thought and action. In *The health Psychology reader* (pp. 94-107).
- Barandika, I. (1999). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental. Hacia una nueva concepción de la discapacidad: Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad,
- Barceló, R., Ornelas, M., & Blanco, H. (2021). Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 27, 95-102. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a13>
- Barceló, R., Ornelas, M., Franco, L. I., Blanco, H., & Aguirre, S. I. (2020). Percepción de Calidad de Vida en Adultos Mayores Chihuahuenses, Comparaciones por Género. *European Scientific Journal*, 16(4), 47-56. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n4p46>
- Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined? *Quality of Life Research*, 21(4), 625-631. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9961-0>
- Barragán, F. (2016). Present–Absent Older people in the family. Elderly Women in the Family: The Ethics of Care. *Polish Social Gerontology Journal*, 2(12), 25-31.
- Batz-Barbarich, C., Tay, L., Kuykendall, L., & Cheung, H. K. (2018). A meta-analysis of gender differences in subjective well-being: estimating effect sizes and associations with gender inequality. *Psychological science*, 29(9), 1491-1503. <https://doi.org/10.1177/0956797618774796>

- Becker, C., Kirchmaier, I., & Trautmann, S. T. (2019). Marriage, parenthood and social network: Subjective well-being and mental health in old age. *Plos one*, 14(7), e0218704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218704>
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-366). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-663020-6.50018-8>
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 43-55. <https://doi.org/10.1007/BF00752714>
- Bjerk, M., Brovold, T., Skelton, D. A., & Bergland, A. (2018). Associations between health-related quality of life, physical function and fear of falling in older fallers receiving home care. *BMC geriatrics*, 18(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0945-6>
- Blanco, H., Ornelas, M., Tristán, J. L., Cocca, A., Mayorga-Vega, D., López-Walle, J., & Viciano, J. (2013). Editor for creating and applying computerise surveys. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 106, 935-940. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.105>
- Boggatz, T. (2016). Quality of life in old age—a concept analysis. *International journal of older people nursing*, 11(1), 55-69. <https://doi.org/10.1111/opn.12089>
- Boloorsaz, H. (2019). The role of Mediator's Spirituality in Relationship between Resilience and the Quality of life in Patients with type II diabete. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 5(3), 34-39. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v5i3.21808>
- Brandolim, N., Neves, S., Viseu, J. N., Stobäus, C. D., Guerreiro, M., & Domingues, R. B. (2018). Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality. *International journal of clinical and health psychology*, 18(1), 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.10.002>
- Burke, M. M. (1998). *Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*. Elsevier España.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Routledge.
- Calfupán, N., Almendras, S., & Briones, J. (2018). *Modelo de felicidad para las PYMES: factores organizacionales que predicen la felicidad en los trabajadores de las pymes* Universidad de Concepción].

- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Campos, T., León, A., & Rojas, G. (2018). *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor.*
- Cardona-Arias, J. A., Álvarez-Mendieta, M. I., & Pastrana-Restrepo, S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Revista Ciencias de la Salud*, 12(2), 139-155.
- Cardona-Arias, J. A., Giraldo, E., & Maya, M. A. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*, 29(1), 17-27. <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002>
- Cardona-Arias, J. A., Hernández-Petro, A. M., & León-Mira, V. (2014). Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(2), 57-64. [https://doi.org/10.1016/S0121-8123\(14\)70149-5](https://doi.org/10.1016/S0121-8123(14)70149-5)
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., . . . Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*, 26(1), 21. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Castel, A. (2002). Aportaciones de la psicología en la valoración funcional del dolor. V Congreso de la Sociedad Española de Dolor. Sedolor,
- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., García, C. H., Barboza-Palomino, M., Arias, W. L., Dominguez-Vergara, J., . . . Samaniego, A. (2018). Psychometric evidence of the Diener's Satisfaction with Life Scale in Peruvian Elderly. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(3), 473-491. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7267>
- Celemin, J. P., Mikkelsen, C. A., & Velázquez, G. Á. (2015). La calidad de vida desde una perspectiva geográfica: integración de indicadores objetivos y subjetivos. *Revista Universitaria de Geografía*, 24(1), 63-84. <https://www.redalyc.org/pdf/3832/383241100004.pdf>
- Cervera, P. (2018). Paciente geriátrico y el trabajo de los cuidadores. In ASUNIVEP (Ed.), *Avances de investigación en salud a lo largo del ciclo vital* (Vol. II, pp. 217-222). <https://www.formacionasunivep.com/Vcice/files/libro%20avances%20de%20investigacion.pdf#page=217>

- Chacón, F. (2015). Índices de Felicidad y Bienestar. *Serie Indicadores Internacionales de Desarrollo*, 6, 1-27.
- Chaves-García, M., Sandoval-Cuellar, C., & Calero-Saa, P. (2017). Asociación entre capacidad aeróbica y calidad de vida en adultos mayores de una ciudad colombiana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4), 672-676. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.344.2522>
- Choi, Y.-S., Song, R., & Ku, B. J. (2017). Effects of a T'ai Chi-Based Health Promotion Program on Metabolic Syndrome Markers, Health Behaviors, and Quality of Life in Middle-Aged Male Office Workers: A Randomized Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(12), 949-956. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0057>
- Clench-Aas, J., Bang, R., Dalgard, O. S., & Aaro, L. E. (2011). Dimensionality and measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Norway. *Quality of Life Research*, 20(8), 1307-1317. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9859-x>
- Consejo Estatal de Población. (2017). *Programa estatal de población 2017-2021*. México: Consejo Estatal de Población Retrieved from <http://ceq.chihuahua.gob.mx/PED/EJE5/MedianoP/COESPO.PDF>
- Consejo Nacional de Población. (2015). *La situación demográfica de México*. Retrieved from <http://coespo.groo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLACIONAL/ENVEJECIMIENTO%20DEMOGR%C3%81FICO%20EN%20M%C3%89XICO.pdf>
- Cortese, R., Fernández, M. M., & Siegien, N. B. (2018). Estudio del bienestar psicológico, emocional y social en la vejez. *Revista ConCiencia EPG*, 3(1), 101-115. <https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.3-1.7>
- Couto, N., Antunes, R., Monteiro, D., Moutão, J., Marinho, D. A., & Cid, L. (2017). Impact of the Basic Psychological Needs in Subjective Happiness, Subjective Vitality and Physical Activity in an Elderly Portuguese Population. *Motricidade*, 13(2), 58-70. <https://doi.org/10.6063/motricidade.9746>
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad: el flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Paidós Barcelona.
- Cummins, R. A., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 37-69. <https://doi.org/10.1023/A:1015678915305>
- Cutler, R. G. (1982). The dysdifferentiative hypothesis of mammalian aging and longevity. *The aging brain*, 20, 25-114.

- Da Silva, P. A. (2014). Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(11), 2387-2400. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173813>
- De Miguel, A. (2001). Adaptación positiva en el proceso de envejecimiento. *Tabanque: revista pedagógica*(16), 49-82. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/8841>
- Delgado-Rico, E., Carretero-Dios, H., & Ruch, W. (2012). Content validity evidences in test development: An applied perspective. *Intern J Clin Health Psych*, 12(3), 449-460.
- Delhom, I., Gutierrez, M., Lucas, B., & Meléndez, J. (2017). Emotional intelligence in older adults: psychometric properties of the TMMS-24 and relationship with psychological well-being and life satisfaction. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1327-1334. <https://doi.org/doi:10.1017/S1041610217000722>
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo: Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de medicina general integral*, 17(6), 572-579. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252001000600011
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Psychosocial Intervention*, 3(8), 67-114.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness studies*, 7(4), 397-404. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9000-y>
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology*, 47(5), 1105. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.5.1105>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276. <https://media.rickhanson.net/Papers/SubjectiveWell-BeingDiener.pdf>
- Diener, E., & Tov, W. (2012). National accounts of well-being. In *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 137-157). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-2421-1_7

- Dolan, P., Kudrna, L., & Stone, A. (2017). The measure matters: An investigation of evaluative and experience-based measures of wellbeing in time use data. *Social Indicators Research*, 134(1), 57-73. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1429-8>
- Domínguez, J. A. (2019). *Cognición, competencia conductual y calidad de vida en adultos mayores de un CAM de Trujillo* Universidad Peruana Cayetano Heredia].
- Dulcey, E. (2016). *Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos*. Siglo del Hombre Editores.
- Elosua, P., & Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenadas. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Emerson, S. D., Guhn, M., & Gadermann, A. M. (2017). Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: reviewing three decades of research. *Quality of Life Research*, 26(9), 2251-2264. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1552-2>
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Norton.[WMS].
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. WW Norton & Company.
- Erikson, E. H. (1985). *The Life Cycle Completed: A Review*. 1982. Norton, New York.
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. Paidós Barcelona.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502. <https://www.redalyc.org/pdf/843/84322449004.pdf>
- Etxeberria, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(2), 57-69. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i2.159>
- Etxeberria, I., Urdaneta, E., & Galdona, N. (2019). Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. *Quality of Life Research*, 28(8), 2221-2231. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02182-0>
- Fernandes, N. P., Dos Santos, D. M., Haas, V. J., & Rodrigues, L. R. (2020). Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0468>
- Fernández-Alonso, M. (2020). Reflexionando sobre el envejecimiento desde la sociología: estado de la cuestión y perspectivas de futuro. *Research on Ageing and Social Policy*, 8(1), 86-113. <https://doi.org/10.17583/rasp.2020.4677>

- Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004a). Gerontología social. Una introducción. *Gerontología social*,
- Fernández-Ballesteros, R. (2004b). La psicología de la vejez. In *Encuentros multidisciplinares*.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009a). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009b). Un nuevo paradigma en el estudio del envejecimiento. *Fernández-Ballesteros, R. Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Psicología Pirámide*.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. Conferencia en el Congreso sobre Envejecimiento. La Investigación en España, Universidad Autónoma de Madrid,
- Figueredo, M. G., Salgado, I. M., & Tornés, O. A. L. (2019). Bienestar subjetivo en adultos y adultas mayores: un enfoque desde el círculo de abuelos (Original). *Revista científica Olimpia*, 16(54), 153-163. <https://revistas.udg.co.cu/index.php/olimpia/article/view/714/1296>
- Gallegos-Carrillo, K., Honorato-Cabañas, Y., Macías, N., García-Peña, C., Flores, Y. N., & Salmerón, J. (2019). Preventive health services and physical activity improve health-related quality of life in Mexican older adults. *Salud pública de México*, 61, 106-115. <https://doi.org/10.21149/9400>
- Gandek, B., Ware Jr, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., . . . Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1171–1178.
- García-Viniegras, V., Carmen, R., & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600010&script=sci_arttext&lng=pt
- García, M. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, 8(48), 652-660. <https://www.efdeportes.com/efd48/bienes3.htm>
- Gaviria, D. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*, 13(2). <https://doi.org/10.22517/25395203.959>

- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., & Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139.
- Gildner, T. E., Snodgrass, J. J., Evans, C., & Kowal, P. (2019). Associations Between Physical Function and Subjective Well-Being in Older Adults From Low-and Middle-Income Countries: Results From the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). *Journal of aging and physical activity*, 27(2), 213-221. <https://doi.org/DOI:10.1123/japa.2016-0359>
- Góngora, V., & Castro, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 18(1), 72-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6534088>
- González, J. Á., & Marrero, R. J. (2017). Determinantes sociodemográficos y personales del bienestar subjetivo y psicológico en población mexicana. *suma psicológica*, 24(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.002>
- González, V. (2008). *Bienestar Personal y actividades en la edad adulta tardía* [Universidad de Málaga].
- González, V. R. (2018). Educación del adulto mayor para enfrentar limitaciones derivadas del envejecimiento. *Transformación*, 14(1), 70-80. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-29552018000100007&script=sci_arttext&tlng=en
- Guillen, L., Bueno, E., Gutiérrez, M., & Guerra, J. R. (2018). Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*(33), 14-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6367717>
- Gutiérrez, A. (2016). Envejecimiento cerebral: ¿ un proceso irreversible. *Enc en la biología*, 9(160), 165. <http://www.encuentros.uma.es/encuentros160/160.pdf#page=18>
- Haas, B. K. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 215-220. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>
- Headey, B., & Wearing, A. J. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Longman Cheshire.

- Hernández, B., & Valera, S. (2001). Felicidad, bienestar y calidad de vida desde la Psicología Social. In *Psicología Social Aplicada e Intervención Psicosocial*. Resma Ed.
- Herrera, E., Pablos, A., Chiva-Bartoll, O., & Pablos, C. (2017). Efectos de la actividad física sobre la salud percibida y condición física de los adultos mayores. *Journal of Sport & Health Research*, 9(1). <http://hdl.handle.net/10234/166401>
- Herrera, M. S., Elgueta, R. P., & Fernández, M. B. (2014). Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults *Revista de Saúde Pública*, vol. 48, núm. 5, octubre, 2014, pp. 739-749 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 48(5), 739-749. https://www.redalyc.org/pdf/672/Resumenes/Resumo_67237027004_5.pdf
- Huang, C.-J., Lin, P.-C., Hung, C.-L., Chang, Y.-K., & Hung, T.-M. (2014). Type of physical exercise and inhibitory function in older adults: an event-related potential study. *Psychology of sport and exercise*, 15(2), 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.11.005>
- Ikeda, Y., Ogawa, N., Yoshiura, K., Han, G., Maruta, M., Hotta, M., & Tabira, T. (2019). Instrumental activities of daily living: the processes involved in and performance of these activities by Japanese community-dwelling older adults with subjective memory complaints. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2617. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142617>
- INEGI. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020* <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Jaskilevich, J., Lopes, M. A., & Pepa, M. J. (2016). El entrenamiento cognitivo en adultos mayores: efectos subjetivos desde el enfoque de la psicología positiva. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR,
- Jocik-Hung, G., Taset-Álvarez, Y., & Díaz-Coral, I. (2017). Bienestar Subjetivo y apoyo social en el adulto mayor. *OLIMPIA*, 14(46).
- Jurado, P. J., Soto, M. C., Conchas, M., & Nájera, R. J. (2019). Estructura Factorial de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en Universitarios Mexicanos. *Formación universitaria*, 12(6), 183-190. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062019000600183>
- Kaplan, R. M. (1994). The Ziggy Theorem: toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychology*, 13(6), 451. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.6.451>

- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kieny, C., Flores, G., Ingenhaag, M., & Maurer, J. (2020). Healthy, wealthy, wise, and happy? Assessing age differences in evaluative and emotional well-being among mature adults from five low-and middle-income countries. *Social Indicators Research*, 1-32. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02515-4>
- Kieny, C., Flores, G., & Maurer, J. (2021). Assessing and decomposing gender differences in evaluative and emotional well-being among older adults in the developing world. *Review of Economics of the Household*, 19(1), 189-221. <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09521-y>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
- Lara, M. F., Beltrán, J. C., & Araque, S. M. (2019). Resultados de un programa de estimulación lingüística y cognitiva dirigido a adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 75-81. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.60831>
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of gerontology*, 33(1), 109-125. <https://doi.org/10.1093/geronj/33.1.109>
- Lawton, M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45(4), 181-183. <https://doi.org/10.1159/000022083>
- Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Kleban, M. H., Ruckdeschel, K., & Winter, L. (2001). Valuation of life: A concept and a scale. *Journal of Aging and Health*, 13(1), 3-31. <https://doi.org/10.1177/089826430101300101>
- Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-related quality of life in older adults: its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. 8, 407. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040407>
- Londoño, C., & Velasco, R. M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, imc, y riesgo de tca como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 35-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5214069>
- López-Ortega, M., Torres-Castro, S., & Rosas-Carrasco, O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the

Mexican Health and Aging Study. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0573-9>

López, F. J., Morales, A., Ugarte, A., Rodríguez, L. E., Hernández, J. L., & Sauza, L. C. (2019). Comparación de la percepción de calidad de vida relacionado con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. *Enfermería Global*, 18(2), 410-425. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>

Loredo-Figueroa, M., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, A., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation & the health professions*, 21(2), 141-156. <https://doi.org/10.1177/016327879802100202>

Martos, M., Pozo, C., & Alonso, E. (2010). Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica: relevancia del apoyo social. *Almería: Universidad de Almería*.

Martyr, A., & Clare, L. (2012). Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 33(2-3), 189-203. <https://doi.org/10.1159/000338233>

Meléndez, J. C., Agustí, A. I., Delhom, I., Reyes, M. F., & Satorres, E. (2018). Bienestar subjetivo y psicológico: comparación de jóvenes y adultos mayores. *Summa Psicológica UST*, 15(1), 18-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009143>

Melguizo, E., Acosta, A., & Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2). <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1250/3036>

Mercuris, K., Lowry, K., & Espey, S. (2020). Does Instructor Experience Impact Balance and Health-Related Quality of Life in Healthy Older Adult Participants following a Tai Chi for Arthritis Program? *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 26-34. <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1693136>

Millán, J. C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20, 1-13. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39121275006>

Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current directions in psychological science*, 21(1), 8-14. <https://doi.org/10.1177/0963721411429458>

- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 177-193. <https://doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>
- Mudrak, J., Stochl, J., Slepicka, P., & Elavsky, S. (2016). Physical activity, self-efficacy, and quality of life in older Czech adults. *European journal of ageing*, 13(1), 5-14. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0352-1>
- Muñoz, J. (2008). *Psicología del envejecimiento*. Psicología Pirámide.
- Muñoz, N. (2019). *Intervención conductural en la vejiga hiperactiva y su impacto en la calidad de vida* Universidad de Coruña].
- Murillo, J. A., & Salazar, M. A. (2019). La autoestima, la extraversión y el resentimiento como variables predictoras del bienestar subjetivo. *Universitas Psychologica*, 18(1), 1-18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.aerv>
- Noriega, C. (2015). *Percepción de los abuelos de la relación con sus nietos: valores, estilos educativos, fortalezas y bienestar* Universidad Complutense de Madrid].
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1995). *Teoría Psicométrica*. McGraw-Hill.
- Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C., & Tomás, J. M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 189-196. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n3/189-196/es/>
- Olof, J. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine*, 10, 57-61. <https://doi.org/10.1177/140349488201000204>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/97892?sequence=1&TS>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. oms Ginebra
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Palomar, J., Lanzagorta, N., & Hernández, J. (2004). Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. *México: Universidad Iberoamericana*.

- Papalia, D. E., Martorell, G., & Duskin, R. (2017). *Desarrollo humano*. McGraw Hill Education.
- Park, M.-J., & Choi, S. E. (2017). The effects of health behavior and health status on health-related quality of life in older people: gender analysis by using the 2012 Korea Health Panel data. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 28(2), 118-128. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2017.28.2.118>
- Parra, M. A. (2018). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* Universidad Miguel Hernández].
- Partida, V. (1999). Perspectiva demográfica del envejecimiento en México. In *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas* (pp. 27-39). CONAPO.
- Patel, R., Marbaniang, S. P., Srivastava, S., Kumar, P., Chauhan, S., & Simon, D. J. (2021). Gender differential in low psychological health and low subjective well-being among older adults in India: With special focus on childless older adults. *Plos one*, 16(3), e0247943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247943>
- Pattinson, R. L. (2018). *Measurement models for understanding the social challenges of caring for the elderly in Brazil and England* Lancaster University].
- Peláez, E., Acosta, L. D., & Carrizo, E. D. (2015). Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2015.v41n4/o7/>
- Peláez, E., Torres, E., & Carrizo, E. (2010). Contexto social y percepción de la salud de los adultos en una ciudad intermedia de Argentina. *Medicina Sociedad*, 30(3), 1-17.
- Pérez, D., Barragán, F., Herrera, J. M., & Falcón, S. (2019). Evaluación del programa de salud y la mejora de la calidad de la atención: un estudio de caso del programa de ortogeriatría. *EURASIA de Educación en Matemáticas, Ciencia y Tecnología*, 15(11), 1-13.
- Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13(1), 71-82.
- Puebla, D. (2018). *Bienestar Subjetivo y Económico: Análisis Longitudinal para Ecuador* Universidad Nacional de La Plata].

- Quintal, É. R., Gouveia, B. R., Ihle, A., Kliegel, M., Maia, J. A., i Badia, S. B., & Freitas, D. L. (2017). Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 26(6), 1561-1569. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1502-z>
- Reig, A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 35(52), 5. <https://dps.ua.es/va/documentos/pdf/1999/la-qualitat-de-vida-en-gerontologia-com-constructo-psicologic.pdf>
- Requena, C., López, V., González, R., & Ortiz, T. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en mujeres mayores activas. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 44(3), 146-148. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.01.002>
- Revelle, W., & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients alpha, beta, omega and the glb: comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145-154. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9102-z>
- Reyes, M. F. (2017). *Determinantes del bienestar en la vejez en población colombiana* [Universidad de Valencia]. Valencia, España.
- Rico, M. G., Oliva, D., & Vega, G. B. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(3), 287-294. <https://www.redalyc.org/service/r2020/downloadPdf/4577/4577571740177>
- Rivera-Hernandez, M. (2016). Religiosity, social support and care associated with health in older mexicans with diabetes. *Journal of religion and health*, 55(4), 1394-1410. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0105-7>
- Rivera, C. D. (2018). *Un modelo de ecuaciones estructurales para el escalamiento multidimensional de datos asimétricos* [Universidad de Granada].
- Rodrigues, Y. D. S. (2017). *Envejecimiento: Evaluación e interpretación psicológica*. Manual Moderno.
- Rodríguez, G. (2000). *Introducción a la vejez: Sociología y Demografía*. Universidad de Alcalá.
- Rodríguez, M. (2019). El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores. *Pensamiento Actual*, 19(33), 121-135. <https://doi.org/10.15517/pa.v19i33.36563>

- Rodríguez, M. N., & Ruiz, M. A. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29, 205-227.
- Rodríguez, S. E. (2017). Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *Gerokomos*, 28(4), 168-172. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X-geroko-28-04-00168.pdf>
- Rubio, M. J. (2016). *Implicaciones de la inteligencia emocional en los constructos resiliencia y satisfacción vital* Universidad de Castilla-La Mancha].
- Ruiz, M. A., & Pardo, A. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *PharmacoEconomics Spanish Research Articles*, 2(1), 31-43. <https://doi.org/10.1007/BF03320897>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Salech, M. F., Jara, L. R., & Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
- Sánchez, C. D. (2005). *Gerontología social*. Espacio Editorial.
- Sanchez, D. L., Escobar, M. C., & Del Rio, S. L. (2011). Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor en Medellín, desde el enfoque de la garantía de sus derechos fundamentales según la encuesta de calidad de vida año 2009. <http://hdl.handle.net/10946/2416>
- Sánchez, S., Gallegos, K., Espinel, M. C., Doubova, S. V., Sánchez, R., García, C., . . . Briseño, S. C. (2017). Comparison of quality of life among community-dwelling older adults with the frailty phenotype. *Quality of Life Research*, 26(10), 2693-2703. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1630-5>
- Sancho, P. (2013). *Calidad de vida de las personas mayores en el África Subsahariana: el caso de Angola* Universidad de Valencia].
- Sancho, P., Galiana, L., Gutierrez, M., Francisco, E. H., & Tomás, J. M. (2014). Validating the portuguese version of the Satisfaction With Life Scale in an elderly sample. *Social Indicators Research*, 115(1), 457-466. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-9994-y>

- Schnettler, B., Miranda-Zapata, E., Lobos, G., Lapo, M. d. C., Adasme-Berrios, C., & Hueche, C. (2017). Measurement invariance in the Satisfaction with Life Scale in Chilean and Ecuadorian older adults. *Personality and Individual Differences*, 110, 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.036>
- Secretaría de Gobernación. (2019). *El 31.4 por ciento de la población en México son niñas, niños y adolescentes, de 0 a 17 años*. Retrieved from <https://www.gob.mx/segob/prensa/31-4-por-ciento-de-la-poblacion-en-mexico-son-ninas-ninos-y-adolescentes-de-0-a-17-anos-conapo>
- Segovia, J. M., & Velarde, J. (1997). *Biosociología del envejecimiento*. Madrid: *Farmaindustria*.
- Segura, A. P., Sosa, M., Castillo, R., & Gutiérrez, J. M. (2019). Evaluación del efecto de una intervención en inteligencia emocional en adultos mayores. *PSICUMEX*, 9(2), 35-50. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v9i2.312>
- Segura, M. C. (2015). *Calidad de vida y participación social de los mayores de las aulas universitarias de la experiencia de la Universidad Miguel Hernández de Elche* [Universidad Miguel Hernández de Elche].
- Shaw, A. (1990). Defining the quality of life. In *Quality of Life: The New Medical Dilemma* (pp. 91-93). <http://www.jstor.org/stable/3560715>
- Siegrist, J., Broer, M., & Junge, A. (1996). *Profil der Lebensqualität chronisch Kranker: PLC*. Beltz.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Stanghelle, B., Bentzen, H., Giangregorio, L., Pripp, A., Skelton, D., & Bergland, A. (2020). Effects of a resistance and balance exercise programme on physical fitness, health-related quality of life and fear of falling in older women with osteoporosis and vertebral fracture: a randomized controlled trial. *Osteoporosis international*, 1069–1078. <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05398-w>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*(385), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Su, H., Zhou, Y., Wang, H., & Xing, L. (2021). Social support, self-worth, and subjective well-being in older adults of rural China: a cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1905861>
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Las necesidades y el bienestar subjetivo en todo el mundo. *Revista de Psicología Social de Carácter Personal*, 101(2), 354-365.

- Teixeira, C. R., Scortegagna, S. A., Pasian, S. R., & Portella, M. R. (2019). Bem-estar subjetivo de longevos institucionalizados e não institucionalizados por meio do Pfister. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 18(1), 86-95. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1801.13512.10>
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. Understanding concepts and applications*. . American Psychological Association.
- Torres, W. I., & Flores, M. M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología (PUCP)*, 36(1), 9-48. <https://doi.org/10.18800/psico.201801.001>
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud uninorte*(21), 76-86. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81702108>
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Valdivieso-Mora, E., Ivanisevic, M., Shaw, L. A., Garnier-Villarreal, M., Green, Z. D., Salazar-Villanea, M., . . . Johnson, D. K. (2018). Health-Related Quality of Life of Older Adults in Costa Rica as Measured by the Short-Form-36 Health Survey. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4, 1–13. <https://doi.org/10.1177/23337214187828>
- Valle, M. O., Prieto, J. A., Nistal, P., Martínez, P. C., & Ruiz, L. (2016). Impacto de las estrategias de ejercicio físico en la calidad de vida relacionada con la salud de adultos sedentarios. *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte*, 16(64), 739-756. <https://doi.org/10.15366/rimcafd2016.64.008>
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116. <http://hdl.handle.net/1765/16195>
- Veenhoven, R., & Ehrhardt, J. (1995). El patrón transnacional de felicidad: prueba de predicciones implícitas en tres teorías de la felicidad . Investigación sobre indicadores sociales. 34, 33-68.
- Vega, F., Rodríguez, O., Montenegro, Z., & Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(1), 12-18. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179346558004.pdf>

- Vera, M. N. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia: Centro de Salud Clas Laura Caller Iberico, 2004-2006* Universidad Nacional Mayor de San Carlos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/1331>
- Villarreal, M. A., Moncada, J., Ochoa, P. Y., & Hall, J. A. (2021). Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 41, 480-484. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.58937>
- Villatoro, S. (2012). *La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: una revisión*. Santiago de Chile
- Von Humboldt, S., & Leal, I. (2014). ¿Qué influye en el bienestar subjetivo de los adultos mayores?: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista argentina de clínica psicológica*, 23(3), 219–230. <https://psycnet.apa.org/record/2015-13987-004>
- Wang, S. Y., & Kim, G. (2020). The relationship between physical-mental comorbidity and subjective well-being among older adults. *Clinical gerontologist*, 43(4), 455-464. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1580810>
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483. <http://www.jstor.org/stable/3765916>
- WHO QoL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Xu, F., Cohen, S. A., Lofgren, I. E., Greene, G. W., Delmonico, M. J., & Greaney, M. L. (2018). Relationship between diet quality, physical activity and health-related quality of life in older adults: Findings from 2007–2014 national health and nutrition examination survey. *The journal of nutrition, health & aging*, 22(9), 1072-1079. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1050-4>
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Imsero.
- Zarebski, G. (2005). *El curso de la vida: diseño para armar*. Buenos Aires: Universidad Maimónides.
- Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Jia, J., . . . Su, Y. (2019). Depressive symptoms mediate the association between insomnia symptoms and health-related quality of life and synergistically interact with insomnia symptoms in older

adults in nursing homes. *Psychogeriatrics*, 19(6), 584-590.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12441>

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola buen día:

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder varios cuestionarios que forman parte de una investigación que tiene como propósito principal el recabar información importante sobre adultos mexicanos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Todos los resultados son confidenciales.


La duración aproximada de la sesión es de 60 minutos.

No olvides leer muy bien las instrucciones de cada sección antes de iniciarla.

Es muy importante que siempre respondas con la verdad, pues los resultados tienen un gran valor para nuestra universidad.



De antemano gracias por su participación.

1 / 2



SI YA NO TIENES NINGUNA DUDA
OPRIME EL BOTÓN OK,
EN CASO CONTRARIO,
LLAMA AL ENCUESTADOR.

2 / 2



Seleccione su respuesta



Declaro que he leído y conozco el contenido del Consentimiento Informado para los Participantes de esta Investigación.

Comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente.

Y, por ello, **MANIFIESTO MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**, hasta que decida lo contrario.

Al manifestar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Anexo 2: Cuestionario de Salud SF-36

CUESTIONARIO: CALIDAD DE VIDA SF-36

Por favor escribe tu nombre y apellidos. Oprime la tecla ENTER después de cada entrada.


Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Por último, indica tu Género

Masculino Femenino



¿Están correctos tus datos?

No. de Sujeto: 123456789

Nombre: x x x

Género: Masculino

A través de este cuestionario queremos que reflexione sobre su experiencia. ESTO NO ES UN EXAMEN. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni respuestas que sean mejores que otras.

Cada persona puede responder de forma diferente.

En cada pantalla hay una afirmación en la que se le pedirá manifieste su grado de acuerdo.

Sea honesto y lo más preciso posible al responder; recuerda que los resultados de esta investigación tienen un gran valor para nuestra universidad.

De nuevo gracias por tu participación.

SI YA NO TIENES NINGUNA DUDA
OPRIME EL BOTÓN OK,
EN CASO CONTRARIO,
LLAMA AL ENCUESTADOR.

1 / 1

OK

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Su salud es:

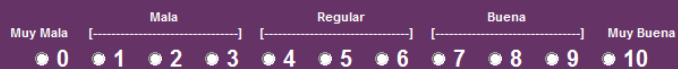
Muy Mala [----- Mala -----] [----- Regular -----] [----- Buena -----] Muy Buena
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



1/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

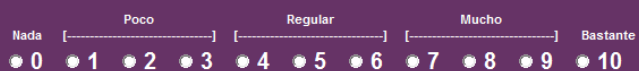
Su salud actual comparada con la de hace un año es:



2/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para hacer actividades vigorosas tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes intensos?



3/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para hacer actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al boliche o al golf, trabajar en el jardín o caminar más de una hora?

Nada [-----] Poco [-----] Regular [-----] Mucho [-----] Bastante
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



4/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para levantar o cargar las compras del mercado?

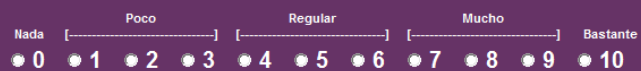
Nada [-----] Poco [-----] Regular [-----] Mucho [-----] Bastante
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



5/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

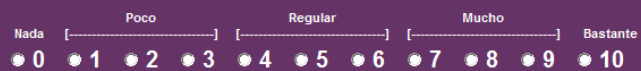
¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para subir varios pisos por la escalera?



6/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

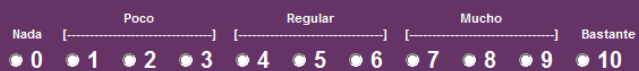
¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para subir un piso por la escalera?



7/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para doblarse, arrodillarse o agacharse?



8/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para caminar un kilómetro o más?



9/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para caminar varias cuadras?



10/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para caminar una cuadra?



11/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

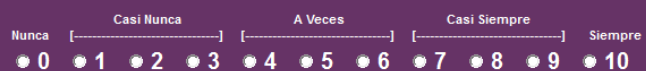
¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para bañarse o vestirse por sí mismo?



12/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

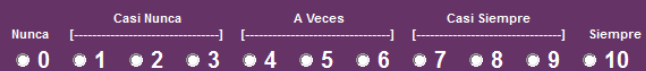
Durante el último mes, a causa de su salud física ¿redujo el tiempo que dedica al trabajo u otras actividades?



13/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, a causa de su salud física ¿ha dejado de hacer sus actividades cotidianas?



15/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, a causa de su salud física ¿hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer?



14/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

**Durante el último mes, a causa de su salud física
¿ha tenido dificultades en realizar su trabajo
u otras actividades?**

Nunca [-----] Casi Nunca [-----] A Veces [-----] Casi Siempre [-----] Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



16/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

**Durante el último mes, a causa de algún problema emocional
¿redujo el tiempo dedicado al trabajo
o a sus actividades cotidianas?**

Nunca [-----] Casi Nunca [-----] A Veces [-----] Casi Siempre [-----] Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



17/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

**Durante el último mes, a causa de algún problema emocional
¿hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer?**

Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



18/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

**Durante el último mes, a causa de algún problema emocional
¿ha hecho su trabajo u otras actividades
con menos cuidado de lo usual?**

Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



19/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física han dificultado sus actividades con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

Nunca [-----] Casi Nunca [-----] A Veces [-----] Casi Siempre [-----] Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



20/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿en qué medida sus problemas emocionales han dificultado sus actividades con la familia, amigos, vecinos u otras personas?

Nunca [-----] Casi Nunca [-----] A Veces [-----] Casi Siempre [-----] Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



21/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?

Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



22/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con que frecuencia el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?

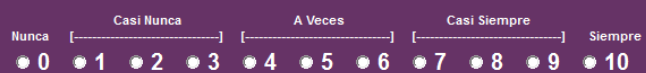
Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



23/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

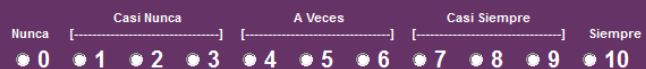
Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido lleno de vida?



24/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido nervioso?



25/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podría alentarlo?

Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



26/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido desanimado y triste?

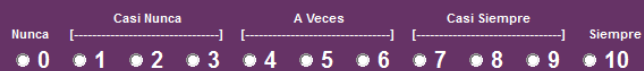
Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



27/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

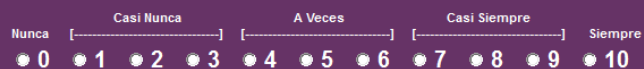
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido cansado?



28/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia su salud física ha dificultado sus actividades sociales?



29/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales?

Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



30/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Con que frecuencia se enferma más fácilmente que otras personas?

Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



31/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Con que frecuencia piensa que su salud va a empeorar?

Nunca [-----] Casi Nunca [-----] A Veces [-----] Casi Siempre [-----] Siempre

● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



32/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido calmado y tranquilo?

Nunca [-----] Casi Nunca [-----] A Veces [-----] Casi Siempre [-----] Siempre

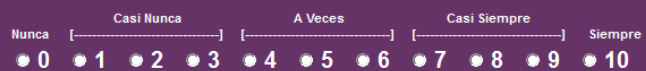
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



33/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

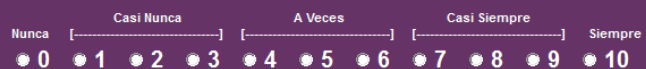
Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido lleno de energía?



34/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

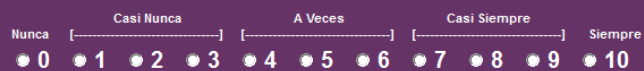
Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido agotado?



35/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

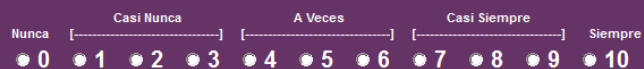
Durante el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido feliz?



36/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Con que frecuencia cree tener tan buena salud como cualquier otra persona?



37/38

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Con que frecuencia piensa que su salud es excelente?

Nunca [-----] [-----] [-----] Siempre
Casi Nunca A Veces Casi Siempre
● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10



38/38

YA FINALIZÓ

SF-36

Aceptar

Anexo 3: Escala de Satisfacción con la Vida de Diener

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea

Completamente en Desacuerdo En Desacuerdo Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo De Acuerdo Completamente de Acuerdo

● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Las circunstancias de mi vida son muy buenas

Completamente en Desacuerdo En Desacuerdo Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo De Acuerdo Completamente de Acuerdo

● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10

Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Estoy satisfecho con mi vida.



Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes



Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada

Completamente en Desacuerdo En Desacuerdo Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo De Acuerdo Completamente de Acuerdo

● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10