

EL EFECTO DE VALORAR LA IMPORTANCIA ATRIBUIDA A CADA ÁREA DE LA VIDA EN EL AUTO REPORTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

Alfonso Urzúa, María Loyola,
Mauricio Navarrete y Fabián Valenzuela*

Resumen

La mayoría de los estudios sobre la calidad de vida en adultos mayores se centran en analizar variables que en dicho período evolutivo inciden en esta y no en los factores cognitivos involucrados en el proceso de auto reporte. A fin de analizar el efecto que tiene la valoración de la importancia que cada participante le asigna a las distintas áreas de la calidad de vida evaluada, se encuestó a 398 adultos mayores con la escala específica de calidad de vida WHOQOLD-OLD. Se encuentran diferencias cuando los adultos mayores incorporan en su evaluación la importancia atribuida a lo que se les pregunta, especialmente frente a la presencia de una enfermedad crónica. Las preocupaciones respecto de la muerte estarían vinculadas a una peor evaluación de la calidad de vida, en tanto, el estar satisfecho con las actividades realizadas y por realizar, estaría relacionada con una mejor percepción de calidad de vida. Se encuentra además que el tener mayor o menor edad, ser hombre o mujer, y poseer o no una enfermedad crónica influiría en la percepción de esta.

Palabras clave: Calidad de vida, adultos mayores, autoreporte.

Key words: Quality of Life, elderly, self-report.

Introducción

A nivel mundial la población ha ido envejeciendo, entre otros motivos debido al aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, la baja tasa de natalidad y fecundidad, el mejoramiento de las condiciones de vida y el cambio en el perfil epidemiológico con un claro predominio de las enfermedades crónicas (CELADE, 2006; Hernández, 1997; Mella, González, D'Appolonia, Maldonado, Fuenzalida y cols., 2004). América latina no permanece ajena a este proceso de envejecimiento demográfico. El porcentaje de personas adultas mayores (AM), entendiéndose por estas a aquellas de 60 años y más, pasó desde un 5,6 % del total de la región en 1950, a un 9,9% en 2010. Se estima que al 2030 serán más del 35% de la población, superando el número de

AM al de niños menores de 14 años (CELADE, 2012). En el caso de Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay, en 2100 al menos un 13% de la población serán AM de 80 años (CEPAL, 2011).

Es en este contexto donde se torna relevante estudiar no solo la morbilidad de los AM, sino también ampliar la investigación desde una mirada positiva y enfocada en las evaluaciones de su bienestar y calidad de vida (Mella y cols., 2004). La calidad de vida (CV), puede ser definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (WHOQOL-GROUP, 1995). Operacionalmente, puede entenderse como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida (Urzúa y Caqueo, 2012).

La CV debe ser estudiada según la etapa evolutiva en la que se encuentre la persona. En el AM, debe incorporar la interacción con las condiciones de vida

* Alfonso Urzúa, María Loyola, Mauricio Navarrete y Fabián Valenzuela, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile
E-Mail: alurzua@ucn.cl
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIII p.p. 41-50
© 2014 Fundación AIGLE.

y los cambios físicos y psicosociales que se viven en torno a esta edad (O'Shea, 2003), toda vez que los AM modifican su percepción de CV a partir de los cambios que experimentan en sus capacidades físicas, sociales y mentales (Ducci, Quezada, Torres y Rioseco, 2008).

En AM, se ha reportado que la CV y la percepción de bienestar estarían vinculadas a factores como la autonomía, auto valencia, interacción social, redes de protección, condiciones de vida (Osorio, Torrejón, Meersohn y Anigstein, 2011; Osorio, Torrejón y Vogel, 2008), percepción de la salud, satisfacción con la vida (Abanes, Garrido, Jentoft, Marian, Valero, y cols., 2002; Inga y Vara, 2006; Parayba, Veras y Melzer, 2005; Osorio, Torrejón y Vogel, 2008), nivel socioeconómico, pobreza, altos costos en salud (Ducci, Quezada, Torres, y Rioseco, 2008), síntomas depresivos, discapacidad, estado de ánimo, los que aumentarían a medida que los AM aprecian limitaciones en el desempeño de sus funciones físicas y bajo control en el sentido de sus vidas (Mirowsky y Ross, 1992). También se ha encontrado la vinculación con la capacidad para hacer cosas en el día a día y el moverse de un lugar a otro (Molzahn, Skevington, Kalfoss y Schick, 2010), el grado de protección que perciben en sus interacciones interpersonales (D'Appolonio, Día, Fuenzalida, González, Maldonado y cols., 2004), el estado conyugal (Hernández, 1997), la participación social (Desrosiers, Levasseur y Whiteneck, 2010), la salud física y psíquica, la percepción de sentirse enfermo, la autoaceptación, la adaptación a esta fase del ciclo vital, así como el juicio que la persona hace sobre su funcionamiento social, el sentirse lleno de energía y vitalidad o interesarse por actividades de ocio (Birren y Dieckman, 1991; Botero y Pico, 2007; Casanova, Trasancos, Orraca, Prats y Gómez, 2011; Diener, 2000; Goncalves, Mendes, Martins, Manoela, Modesto y cols., 2011; Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas, 2011), entre otros. Estos serían algunos de los factores que interactuarían con la edad al momento de evaluar la CV.

Pese al avance en la investigación sobre los factores vinculados a la CV, estas se han centrado en describirla y/o relacionarla con factores que pueden influir en un mejor o peor autoreporte de esta, y no en comprender de qué manera las personas realizan esta evaluación, esto es, los procesos socio cognitivos que pudiesen estar incidiendo sobre esta (Urzúa y Caqueo, 2012).

Uno de los procesos cognitivos poco explorado, es el efecto que tiene el que cada persona valore la importancia que le atribuye a cada una de las áreas o dominios de la vida que están incorporadas en la evaluación de la CV. Dado que cada persona otorga distinta importancia a cada ámbito de su vida cotidiana (Ming, 2004), es esperable encontrar di-

ferencias al evaluar la CV, cuando incorporamos en el proceso de autoreporte, la evaluación que cada persona realiza de cuán importante es dicha área o dominio en su vida.

Esto es importante, ya que los cuestionarios utilizados frecuentemente en autoreportes de salud y enfermedad son estandarizados. Se parte del supuesto que todas las áreas son igual de importantes para todas las personas, lo que no permite recoger aspectos subjetivos individuales que pudiesen ocultar posibles desigualdades en salud, pudiendo constituir un valioso aporte para la clínica cotidiana, al identificar áreas más críticas relevantes a la vida de una persona en particular.

Este fenómeno se ha evaluado en menores, donde se ha encontrado que al incorporar la valoración de la importancia, aparecen diferencias dadas por el sexo o por el rango de edad que no aparecen al utilizar cuestionarios estandarizados (Urzúa, Toro, Páez, Sanhueza y Caqueo-Urizar, 2013).

En este marco, esta investigación tuvo por objetivo analizar las diferencias existentes en la evaluación de la CV tanto a nivel global, como de las diversas áreas o dominios, cuando se incorpora la valoración que cada persona hace de cuán importante es esa área o dominio en su vida. Como hipótesis general, se espera que la evaluación final de la CV y de los distintos dominios varíe si se incorpora la valoración de la importancia del dominio. Como hipótesis específicas, se espera que las diferencias encontradas en la percepción de CV entre hombres y mujeres, rangos de edad y presencia de enfermedad, varíen cuando incorporamos la valoración de la importancia de los dominios.

Método

Esta investigación se enmarca en la metodología cuantitativa. El diseño es de tipo no experimental, analítico transversal.

Participantes

Corresponden a una muestra por conveniencia de 398 personas (193 hombres y 205 mujeres). De estos, 243 tenían entre 60 a 70 años (114 hombres y 129 mujeres), 135 entre 71 a 80 años (70 hombres y 65 mujeres) y 20 con 81 y más años (9 hombres y 11 mujeres). La media de edad fue de 69,3 años (DE= 6,25). De estos, el 51,5 % fueron mujeres. En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas (EC), 222 personas (55,8%) declararon estar diagnosticados con alguna EC. Del total de las personas que presentan EC, 80 (34,6%) presentan Hipertensión, 42 (19,1%) Diabetes y 27 (12,3%) presentan enfermedades músculo esqueléticas. Los criterios de ex-

clusión para participar en la investigación fueron la presencia de deterioro físico y/o mental evidente y estados avanzados de deterioro cognitivo (Demencia y/o Alzheimer en fases inicial), que impidieran responder los cuestionarios. Los encuestadores son parte de un grupo estable de investigación y contaban con entrenamiento en entrevistas a adultos mayores.

Instrumento

Para medir la CV se utilizó el cuestionario *World Health Organization Quality of Life-Old* -WHOQOL-Old. Este instrumento fue creado por la OMS, para medir la CV específicamente en AM. El cuestionario consta de 24 preguntas con formato de respuesta tipo Likert, agrupadas en seis dominios: Habilidades Sensoriales (impedimento sensorial que afecta la vida diaria y el funcionamiento general), Autonomía (capacidad para tomar decisiones propias, sentirse en control del propio futuro y de hacer las cosas que se quiere), Actividades del pasado, presente y futuras (grado de satisfacción con los logros pasados y futuros y con el reconocimiento de lo realizado), Participación social (grado de satisfacción en las distintas actividades en que participa), Muerte y el morir (grado de preocupación hacia la muerte y el morir) e Intimidad (oportunidad para amar y ser amado) (Power, Quinn, Schmidt y WHOQOL-OLD group, 2005).

Este instrumento ha sido utilizado en diversas investigaciones, reportando propiedades psicométricas adecuadas en diversos países (Chachamovich, Fleck, Trentini y Power, 2008; Fleck, Chachamovich, y Trentini, 2006; Margis, Carvalho, Veiga, y Rieder, 2010; Peel, Bartlett y Marshall, 2007; Power, Quinn, Schmidt y WHOQOL-OLD group, 2005; Urzúa y Navarrete, 2013).

A fin de ponderar por el grado de importancia que le asignaban los participantes a cada uno de los ámbitos evaluados, se agregó a cada una de las preguntas que componen el WHOQOL-Old, una pregunta donde cada AM asignó de 1 a 5 puntos según la importancia que para él/ella tenía dicha área de su vida. Por ejemplo, posterior a la pregunta ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?, se inquirió sobre ¿Qué tan importante para usted es tener libertad para tomar sus propias decisiones?, eligiendo como opciones de respuesta desde no es importante a es muy importante. Para calcular el puntaje ponderado de cada pregunta, se multiplicó el valor bruto (VB) obtenido en la pregunta (valores de 1 a 5), por el valor de importancia asignado a dicha pregunta, obteniéndose así valores ponderados por importancia (VPI). Luego se calcularon los valores de los distintos dominios, considerando las pre-

guntas que componen cada uno de estos. A fin de mejorar la interpretación de los datos, y dado que la sintaxis de corrección de la Escala para los VB permite obtener puntajes entre 0 a 100 para cada uno de los dominios (donde un mayor puntaje, mayor CV percibida), se transformaron los VPI en una escala de 0 a 100, estableciendo una relación de proporcionalidad de los valores involucrados. Este sistema de asignación de puntaje por importancia ha sido discutido teóricamente demostrándose su utilidad (Ming, 2004). Previa a la aplicación a la muestra total, el cuestionario fue testeado mediante entrevistas cognitivas, en 10 adultos mayores, con la finalidad de comprobar el grado de comprensión de cada uno de los reactivos, los cuales en su totalidad fueron entendidos por los AM evaluados.

Procedimientos

La investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de ética de la Universidad Católica del Norte y por el Comité de Bioética del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT). Los cuestionarios en su mayoría fueron aplicados por los entrevistadores y en su minoría auto administrados. Ambas aplicaciones se dieron en forma individual. El tiempo promedio de aplicación fue de aproximadamente 45 minutos. El instrumento fue repartido a 480 adultos mayores, pertenecientes a diversos servicios gubernamentales y no gubernamentales tales como clubes de adultos mayores, grupos de crónicos, juntas de vecinos, centros de salud públicos y privados, etc de la ciudad de Antofagasta. De este total de cuestionarios, retornaron debidamente cumplimentados 398. Antes de la aplicación a cada uno de los participantes se le explicó en qué consistía este instrumento y los fines que tenía. A los que aceptaban participar, se les solicitó que firmaran un consentimiento escrito. Una vez recolectados los cuestionarios, estos fueron ingresados a una base de datos creada con el software SPSS 17.

Se analizaron en primera instancia de manera descriptiva las variables. Se calculó la media (M) y la desviación estándar (DE) para cada uno de los dominios de CV evaluados, tanto para la escala con valores brutos (de aquí en adelante VB), como para la escala ponderada por importancia (de aquí en adelante VI). Se realizaron comparaciones de medias a través del estadístico *t* de Student para sexo. Dada la insuficiente cantidad de participantes en el rango de 80 y más años, solo se analizaron las diferencias de medias entre el grupo con edades entre 60 y 70 años y el de 70 y 80 años, igualmente a través de pruebas *t*. Por último, también se realizaron comparaciones de media en EC mediante el estadístico *t* de Student.

Resultados

Calidad de Vida en la muestra total y por sexo

En la tabla 1 se muestran las medias y DE de los dominios tanto a nivel de la muestra total como por sexo considerando VB. En la tabla 2 se muestran similares medidas pero con VI.

En la muestra total, considerando tanto VB como los VI, el dominio con mayor puntaje (mejor evaluado) fue el de *Actividades del Pasado, Presente y Futuro* y el peor evaluado (menor puntaje) el de la *Muerte y el morir*.

Al comparar las medias por sexo, la evaluación general de la CV es significativamente mayor en las

mujeres que en los hombres, tanto al considerar VB ($t_{(348)} = -3,881; p < 0,05$) como VI ($t_{(372)} = -3,229; p < 0,05$).

Con relación a los dominios, utilizando VB, las medias de las mujeres son mayores que las de los hombres, salvo en el dominio de *Intimidad*. Utilizando VI, las medias de las mujeres son mayores en todos los dominios. Esta diferencia es estadísticamente significativa utilizando tanto VB como VI en los dominios de *Autonomía* ($t_{(391)} = -2,698; p < 0,05$ y $t_{(384)} = -3,089; p < 0,05$, respectivamente), *Actividades del Pasado, Presente y Futuro*, ($t_{(387)} = -2,710; p < 0,05$ y $t_{(382)} = -2,657; p < 0,05$, respectivamente) y *Participación social* ($t_{(393)} = -3,426; p < 0,05$ y $t_{(390)} = -3,451; p < 0,05$). La diferencia en la dimensión de *Muerte y*

Tabla 1. Medias y DE de los Dominios de CV global en muestra total y por sexo

DOMINIOS	TOTAL			HOMBRE			MUJER		
	n	M	DE	n	M	DE	n	M	DE
Habilidades Sensoriales	394	45,30	15,44	193	45,23	15,48	201	45,36	15,43
Autonomía	393	60,92	13,87	191	58,99	13,53	202	62,74*	13,98
Actividades del Pasado, Presente y Futuro	389	69,36	14,28	190	67,36	14,58	199	71,26*	13,76
Participación Social	395	67,57	14,89	192	64,97	14,95	203	70,04*	14,44
Muerte y el morir	394	40,39	23,45	193	37,66	23,87	200	43,03*	22,79
Intimidad	393	64,81	15,78	192	65,23	15,89	202	64,41	15,71
CV General	374	57,89	8,74	187	56,45	8,80	187	59,33*	8,46

*Media significativamente mayor que la de los hombres

Tabla 2. Medias y DE de los Dominios de CV por importancia en muestra total y por sexo

DOMINIOS	TOTAL	SEXO							
		HOMBRE			MUJER				
n	M	DE	n	M	DE	n	M	DE	
Habilidades Sensoriales	380	49,10	12,33	191	47,92	12,00	189	50,29	12,58
Autonomía	386	58,58	13,58	189	56,42	12,70	197	60,65*	14,10
Actividades del Pasado, Presente y Futuro	384	63,53	14,73	187	61,49	14,44	197	65,47*	14,78
Participación Social	392	60,47	15,13	191	57,80	14,77	201	63,01*	15,06
Muerte y el morir	386	36,67	20,31	192	34,79	20,14	194	38,53	20,36
Intimidad	392	62,95	16,30	191	62,14	15,98	201	63,71	16,60
CV General	350	55,36	9,47	179	53,47	8,94	171	57,34*	9,63

*Media significativamente mayor que la de los hombres

el *Morir* ($t_{(393)} = -2,281$; $p < 0,05$) encontrada al utilizar VB, pierde significación estadística al utilizar VI.

Calidad de Vida y Edad

La tabla 3 muestra los datos con base a VB, en tanto la tabla 4 considera los VI.

Al analizar por rango de edad, existen diferencias en el rango 60-70 años, ya que considerando los VB el dominio mejor evaluado fue el de *Participación Social*, en tanto al considerar VI el dominio mejor evaluado fue el de *Intimidad*. Independiente del tipo de puntaje (VB o VI), en los rangos de 71-80 años y el de 81-88 años el dominio mejor evaluado fue *Actividades del Pasado, Presente y Futuro*. En los tres rangos de edad, el dominio peor evaluado

fue el de la *Muerte y el Morir* tanto con VB como con VI.

Al comparar las medias de los dos primeros rangos de edad se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de *Autonomía* tanto con VB ($t_{(371)} = 2,401$; $p < 0,05$) como con VI ($t_{(365)} = 1,996$; $p < 0,05$), donde las medias de los participantes del rango de edad entre 60-70 años son mayores que la del rango de 71-80. La diferencia significativa en la dimensión *Participación social* ($t_{(373)} = 2,107$; $p < 0,05$) utilizando VB, desaparece al utilizar VI.

Calidad de Vida y Enfermedad Crónica (EC)

Considerando los VB (tabla 5), se observa que en ambos grupos (Presencia EC y Ausencia de EC)

Tabla 3. Medias y DE de los Dominios de CV Global por rango de edad

DOMINIOS	EDAD 60 – 70			EDAD 71 – 80			EDAD 81 – 88		
	n	M	DE	n	M	DE	n	M	DE
Habilidades Sensoriales	241	44,76	15,00	133	46,19	16,26	20	45,93	15,61
Autonomía	239	62,21*	13,11	134	58,62	15,01	20	60,93	13,43
Actividades del Pasado, Presente y Futuro	240	68,67	14,66	130	70,24	13,78	19	72,03	12,73
Participación Social	241	68,69*	14,10	134	65,29	16,43	20	69,37	11,97
Muerte y el morir	240	40,96	23,06	133	39,47	24,71	20	39,68	20,10
Intimidad	241	64,91	15,81	134	65,25	15,67	19	60,52	16,41
CV General	231	58,18	8,49	125	57,43	9,07	18	57,34	9,98

*Media significativamente mayor que la del rango de 71 a 80 años.

Tabla 4. Medias y DE de los Dominios de CV por importancia por rango de edad

DOMINIOS	EDAD								
	60 – 70			71 – 80			81 – 88		
	n	M	DE	n	M	DE	n	M	DE
Habilidades Sensoriales	233	48,70	12,22	127	49,70	12,63	20	49,85	12,162
Autonomía	238	59,63*	12,84	129	56,69	14,56	19	58,10	14,97
Actividades del Pasado, Presente y Futuro	239	62,94	15,29	126	64,18	13,62	19	66,42	14,76
Participación Social	239	61,43	15,06	133	58,53	15,37	20	61,90	13,63
Muerte y el morir	235	37,39	20,36	131	35,55	20,69	20	35,55	17,50
Intimidad	240	63,47	16,28	134	62,52	16,17	18	59,11	17,75
Cv General	217	55,69	9,48	115	54,90	9,23	18	54,17	11,02

*Media significativamente mayor que la del rango de 71 a 80 años.

el dominio mejor evaluado fue el de *Actividades del Pasado, Presente y Futuro*. Al comparar las medias, estas son mayores en Presencia EC para casi todos los dominios, excepto en *Autonomía* y *Actividades del Pasado, Presente y Futuro*, sin embargo, ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

Analizando los VI, en aquellos que reportan EC, el dominio mejor evaluado fue el de *Actividades del Pasado, Presente y Futuro*, en tanto para aquellos que no reportan EC lo fueron los dominios de *Intimidad* y también el de *Actividades del Pasado, Presente y Futuro*.

Al comparar las medias según Presencia EC y Ausencia EC, se encuentra que todas son mayores en Presencia de EC para todos los dominios (Tabla 8). Esta diferencia es estadísticamente significativa en los dominios *Habilidades Sensoriales* ($t_{(378)} = -2,870$; $p < 0,05$), *Muerte y el morir* ($t_{(379,465)} = -2,080$; $p < 0,05$) y en la *CV General* ($t_{(344,505)} = -1,88645$; $p < 0,05$).

Discusión

Los resultados obtenidos aportan datos que apoyan la hipótesis sobre la existencia de variaciones en el autoreporte que realizan las personas sobre su CV, cuando en su evaluación incorporan la importancia que tiene para ellos cada ámbito de su vida. Esto se explicaría porque cada AM ha llegado a esta etapa vital según sus particularidades, su propia historia y la manera en que han enfrentado los sucesos que presenta su ancianidad (Cuenca, 2008). Es así como los AM al tener diversas expe-

riencias y aprendizajes durante su desarrollo vital, valorarían de manera diferente cada aspecto de su vida, considerando más importante algunas cosas y otras no tanto, siendo esto siempre distinto para cada persona porque nadie vivenciaría lo mismo.

En relación a los dominios, el peor evaluado por los AM fue *Muerte y el morir*, lo que evidenciaría que los AM poseen bastantes preocupaciones referidas al sentir dolor antes de morir, al sentir que no son capaces de controlarla y a la forma en que podrían morir, lo cual ya ha sido reportado en otras investigaciones (Power, Quinn, Schmidt y WHOQOL-OLD group, 2005; Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas, 2011). Los AM estarían considerando que el envejecer es un acercarse a la muerte, normativa que representa lo esperado (Vilches, 2000), entendiéndose que en la etapa en la que se encuentran los AM se produce un progresivo deterioro global, con la aparición de enfermedades crónicas y deterioro cognitivo.

Es importante destacar que si hubiésemos considerado solo los VB, hubiésemos llegado a la conclusión que este temor es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, al incorporar la variable *importancia*, podemos ver que este temor es independiente del sexo, aventurando que independiente de las construcciones culturales asociadas a la muerte dadas por el género, en ambos se manifiesta de igual manera. Tanto hombres como mujeres estarían comenzado a experimentar la muerte como un acontecimiento próximo a suceder, el cual se iniciaría como un proceso de preparación y aceptación del morir (Feldman, 2007).

Tabla 5. Medias y DE de los Dominios de CV Global en presencia/ausencia enfermedad crónica

DOMINIOS	CV EVALUACIÓN TRADICIONAL				CV POR IMPORTANCIA			
	REPORTA ENFERMEDAD CRÓNICA		NO REPORTA ENFERMEDAD CRÓNICA		REPORTA ENFERMEDAD CRÓNICA		NO REPORTA ENFERMEDAD CRÓNICA	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Habilidades Sensoriales	46,38	16,05	43,96	14,59	50,73*	12,83	47,11	11,44
Autonomía	60,62	14,69	61,30	12,79	58,66	14,42	58,48	12,51
Actividades del Pasado, Presente y Futuro	69,56	13,52	69,11	15,21	64,37	14,40	62,49	15,11
Participación Social	67,92	14,37	67,13	15,56	60,88	14,89	59,95	15,41
Muerte y el morir	41,89	23,84	38,50	22,88	38,57*	21,17	34,31	18,97
Intimidad	63,78	15,83	66,10	15,67	63,12	16,35	62,74	16,27
CV General	58,16	8,89	57,55	8,58	56,26*	9,77	54,27	8,99

*Media significativamente mayor que la de los que no reportan enfermedad crónica para similar medición

A pesar de esta gran preocupación respecto al morir, esto no implica el dejar de sentir satisfacción con la manera en que usan y han usado su tiempo, siendo el dominio mejor evaluado las *Actividades del pasado, presente y futuro*.

Los datos sugieren que una de las principales fuentes de satisfacción y bienestar en los AM evaluados se encontraría en lo logrado en el pasado, en el porvenir y en el reconocimiento por lo que han hecho, lo cual ha sido reportado en otros estudios (Power, Quinn, Schmidt y WHOQOL-OLD group, 2005). Constantemente los AM estarían realizando actividades y planeando nuevos proyectos, considerando que se encuentran en un etapa en la cual sus funciones se ven afectadas y en declinación. Sin embargo, intentan obtener la mayor satisfacción del tiempo que les queda, como menciona Vilches (2000), los AM tienen presente su limitación temporal, pero la acompañan con un entusiasmo que la prolonga al darle valor a ese poco tiempo que les pertenece, quieren utilizarlo de la mejor manera posible, esto es debido a que se encuentran en la última etapa de su vida, la vejez.

Otro factor que favorece la CV en los AM evaluados fue la *Participación Social*, principalmente en las mujeres. Es posible que este hecho tenga una alta relación con la mayor participación que tienen éstas en programas sociales y en el uso de redes sociales de apoyo. En el caso chileno, se ha reportado una mayor participación femenina en los adultos mayores (Urzúa y cols., 2011). Los hombres generalmente no se sienten identificados con las organizaciones existentes para grupos de su edad, las que tienen una participación eminentemente femenina, dato que pudo ser apreciado en esta investigación, ya que gran parte de la muestra de mujeres fue obtenida de centros sociales donde ellas eran mayoría y se apreciaban pocos hombres. El hecho de que sean ellas las que realizan finalmente una mejor evaluación de su CV en la gran mayoría de los dominios, estaría relacionado con los beneficios que obtienen las mujeres a partir de una participación social más activa, como el apoyo emocional y la atención comprensiva que le proporcionan sus compañeras(os). Los beneficios no solo estarían centrados en recibir, sino que además, el hecho de brindar alguna ayuda o colaborar en alguna tarea permite que la persona se sienta útil y mejore tanto su autoestima como su autonomía (Feldman, 2007).

Con relación a la edad, los resultados encontrados muestran que a medida que los AM envejecen, reportan una menor CV, sobre todo en aquellos aspectos referidos al control propio y satisfacción en actividades sociales. Pese a esto, los AM son capaces de integrarse y participar en actividades de la comunidad, mejorando sus niveles de bienestar, lo

que ha sido también reportado (Quiaoming y Besser, 2003).

Existen diferencias en el rango de edad que surgen al momento de incorporar la valoración de la importancia. Es así como los AM entre 60 y 70 años en el autoreporte tradicional evalúan mejor el dominio de la *Participación social*, sin embargo, cuando valoran lo que es importante para ellos surge la intimidad como el dominio mejor evaluado, restituyendo la valía que tiene el establecimiento de redes afectivas cercanas en ese rango, en contraposición al apoyo externo encontrado en la participación social.

En relación a las EC, solo al haber incorporado la valoración por importancia, es que se pudieron percibir diferencias significativas entre los AM con Presencia de EC y Ausencia de EC, siendo siendo mejor la evaluación de los que manifiestan poseer EC en los dominios *Habilidades sensoriales* y *Muerte y el morir*. Este es un resultado no equiparable al obtenido por Power y cols. (2005), donde aquellos AM que se reportaban como saludables puntuaban significativamente más alto en todos los dominios. Es importante mencionar que aunque en la presente investigación estos dominios sean significativos en Presencia de EC esto no quiere decir que los AM perciban mejor su CV, ya que el dominio peor evaluado tanto para los AM que se manifestaban con EC o sin EC fue *Muerte y el morir*, por lo tanto en ambos casos la preocupación sobre la muerte disminuye la evaluación realizada sobre su CV.

El hecho de que la evaluación del dominio *Habilidades sensoriales* sea mayor en los AM que se perciben como enfermos, es posible que se deba a que al presentar una valoración positiva de ellos mismos los guiaría a tener un mayor control sobre los variados ámbitos de sus vidas (Osorio, Torrejón y Vogel, 2008; Vera, 2007). Además, el presentar una percepción positiva con respecto a su *Habilidades sensoriales* les favorecería en tener menos impedimentos en las actividades que realizan en el ámbito cotidiano. Por otro lado, que el dominio *Muerte y el morir* se presente mayor en los AM con EC, podría explicarse por el hecho de que estos han aprendido a convivir con su enfermedad, llevándolos esto a aceptar la condición de salud con la cual se encuentran, y que el morir es algo inminente.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, estas son las propias de un diseño analítico transversal, en el cual los datos son obtenidos en un momento determinado, sin considerar aquellos factores que pudiesen haber afectado en la evaluación que realizaron los AM de su CV. Sería importante realizar estudios de cohorte que permitan evaluar la consistencia de estos hallazgos en el tiempo, apreciar las diferencias que existen en la importancia que dan a cada dominio de CV los AM a medida que

pasan los años y determinar de qué manera afecta cada EC a la percepción de la CV.

En síntesis, se puede apreciar que los análisis entregan información para apoyar las hipótesis en las que planteamos que existirían diferencias en la percepción de CV entre hombres y mujeres, rangos de edad y presencia de enfermedad, al incorporar la valoración de la importancia de los dominios, que aunque no están presentes en todos los dominios, puedan ayudar a focalizar intervenciones promotoras del bienestar y la salud mental. En este contexto, los esfuerzos en salud pública deberían estar orientados a fomentar la participación social en todos los grupos de edad, con especial énfasis en fortalecer las relaciones cercanas o de intimidad en el rango entre 60 y 70 años, en desarrollar programas que favorezcan el sentido de vida (pasado, presente y futuro) y en trabajar los miedos y temores hacia una futura muerte, todo esto con miras a mejorar la CV de los AM.

BIBLIOGRAFÍA

- Abanes, J., Garrido, M., Jentoft, A., Marian, M., Valero, F y Villagrasa, R. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 6, 683-699.
- Birren, J. y Dieckmann, L. (1991). «Concepts and content of quality of life in the later years: an overview». En J.E: Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe, y D.E. Deutchman (Eds.). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (p.p. 344-360). San Diego.: Academic Press.
- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Casanova, M., Trasancos, M., Orraca, O., Prats, O. y Gómez, D. (2011). Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2, Policlínico Hermanos Cruz, 2010. *Revista Ciencias Médicas*, 15, 2, 145-156.
- CELADE - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Publicación de las Naciones Unidas LC/W.113. Santiago de Chile.
- CELADE - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL. (2012) Revisión 2012. *América Latina. Indicadores de la estructura por sexo y edad de la población estimados y proyectados*. Disponible en http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
- CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2011). *Envejecimiento Poblacional*. Observatorio Demográfico America Latina y el Caribe N° 12. Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2517-P.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Trentini, C. y Power, M. (2008). Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. *Revista de Saúde Pública*, 42, 2, 308-316.
- Cuenca, A. (2008). Calidad de vida en la tercera edad. *Cuadernos de Bioética*, 19, 66, 271-291.
- D'Appolonio, J., Día, A., Fuenzalida, A., González, L., Maldonado, I. y Mella, R. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé*, 13, 1, 79-89.
- Desrosiers, J., Levasseur, M. y Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Quality of Life Research*, 19, 665-675.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Ducci, M., Quezada, M., Torres, M. y Rioseco, R. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista Médica de Chile*, 138, 325-333.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico* (4ª ed). México: Pearson Educación.
- Fleck, M., Chachamovich, E. y Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40, 5, 785-791.
- Goncalves, L., Mendes, M., Martins, M., Manoela, M., Modesto, S. y Zunino, R. (2011). The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 3, 458-466.
- Hernández, Z. (1997). Variables condicionantes en la calidad de vida de personas de tercera edad. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 2, 23-32.

- Inga, J. y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima – Perú. *Universitas Psychologica*, 5, 3, 475-485.
- Margis, R., Carvalho, K., Veiga, S. y Rieder, C. (2010). WHOQOL-OLD assessment of quality of life in elderly patients with Parkinson's disease: influence of sleep and depressive symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 2, 125-131.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé*, 13, 1, 79-89.
- Ming, C. (2004) To weight or not to weight: the role of domain importance in quality of life measurement. *Social Indicators Research*, 68, 163-174
- Mirowsky, J. y Ross, C. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 187-205.
- Molzahn, A., Skevington, S., Kalfoss, M. y Schick, K. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*, 19, 293-298.
- O' Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. *Boletín sobre el Envejecimiento. Observatorio de Personas Mayores del Consejo Europeo*, 6, 1-26.
- Osorio, P., Torrejón, M. J., Meersohn, C y Anigstein, M. (2011). Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile. *Salud & Sociedad*, 2, 2, 204- 217.
- Osorio, P., Torrejón, A. y Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto a de la calidad de vida en la vejez: Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 17, 1, 101-108.
- Parayba, M. I., Veras, R. y Melzer, D. (2005) Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Revista de Saude Pública*, 39, 3, 53-59.
- Peel, M., Bartlett, H. y Marshall, A. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*, 26, 4, 162-167.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. y WHOQOL-OLD group. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Quiaoming, A. y Besser, T. (2003). Social capital and participation in community improvement activities by elderly residents in small towns and rural communities. *Rural Sociology*, 68, 3, 343-365.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. y Vargas. C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, 138, 8, 1006-1014.
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012) Calidad de Vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30, 1, 61 – 71.
- Urzúa, A. y Navarrete, M. (2013). Propiedades Psicométricas del WHOQOL-Old en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 141, 28-33.
- Urzúa, A., Julio, C., Páez, D., Sanhueza, J. y Caqueo-Urizar, A. (2013). ¿Existen diferencias en la evaluación de la calidad de vida cuando los menores valoran la importancia de lo que se les pregunta? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111, 2, 98-104.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad para el adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la facultad de medicina*, 68, 3, 284-290.
- Vilches, L. (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 9, 1-16.
- WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 10, 1.403-1.409.

Recibido: 4-7-12
Aceptado: 10-8-13

Abstract: Most studies on the quality of life in adults are based on analyzing said variables that affect this developmental period, but not to analyze cognitive factors involved in the process of self-reporting. In order to analyze the effect of the appreciation of the importance that each participant assigned to different areas of quality of life assessed, surveyed 398 older adults with the specific scale of quality of life WHOQOLD-OLD. Differences are found when older adults include in their assessment the emphasis on what you ask them, especially in presence of a chronic disease. The worries about death would be linked to a worse evaluation of quality of life, meanwhile, be satisfied with the activities made and to be made, would be linked to a better perception of quality of life. It also found than having more or less years of live, being a man or woman, and the presence or absence of chronic disease influence the perception of this. Differences are found in the evaluations when weighted by the grade of importance, especially in presence of chronic disease.