

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón"

Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor

Psychological quality of life and physical health in elderly individuals

Luis Manuel Sánchez Padilla,^I Ubaldo González Pérez,^{II} Alina Alerm González,^{III} Jorge Bacallao Gallestey^{IV}

^I Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Departamento de Morfofisiología. Escuela Latinoamericana de Medicina. E-mail: luism.sanchez@infomed.sld.cu

^{II} Máster en Bioética. Especialista en Psicología de la Salud. Profesor Auxiliar. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". Departamento de Psicología. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. E-mail: ubaldo.gonzalez@infomed.sld.cu

^{III} Máster en educación Médica Superior. Especialista en Inmunología. Profesora Titular y Consultante. Departamento de Fisiología. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". E-mail: alina.alerm@infomed.sld.cu

^{IV} Doctor en Ciencias. Profesor Titular. Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de la Habana (CIRAH). E-mail: jbacallao@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el equilibrio psíquico puede atenuar el efecto de las enfermedades en los ancianos.

Objetivo: evaluar si la calidad de vida psíquica se asocia con el funcionamiento físico.

Material y métodos: se estudiaron 190 adultos mayores (131 mujeres y 59 hombres) con edad promedio de 76 años que aceptaron participar en la investigación. Se empleó 5 cuestionarios para explorar la calidad de vida física y psíquica. Se realizó un análisis factorial exploratorio a partir de dimensiones físicas y psíquicas, y de variables que resumían las escalas en los instrumentos. Se comparó el comportamiento en hombres y mujeres.

Resultados: del análisis factorial emergieron tres factores y las dimensiones física

y psíquica parecen disociadas. La evaluación geriátrica fue menos favorable en las mujeres.

Conclusiones: los resultados sugieren que los ancianos pueden obtener puntajes altos en la esfera psíquica de la calidad de vida, pese a los puntajes bajos en la esfera física, debido a las enfermedades. Se sustenta así, la necesidad de elaborar estrategias que contribuyan a reforzar los aspectos de la vida psico-afectiva de los adultos mayores.

Palabras clave: calidad de vida psíquica y física, ancianos, tercera edad.

ABSTRACT

Introduction: Good psychological health may reduce the effect of diseases in old age.

Objective: to assess the possible association between the psychological quality of life and the physical function in the elderly.

Material and methods: one hundred thirty one women and 59 men with an average age of 76 years accepted to participate and were included. Five questionnaires were used that explored Quality of Physical and Psychological Life. An exploratory factor analysis was performed which included physical and psychological variables as well as synthetic variables that summarized the scales in the instruments. Sex differences were also assessed.

Results: the factor analysis yielded three factors that clearly reveal lack of association between the physical and the psychological dimensions. The geriatric evaluation was less favorable in women.

Conclusions: these results suggest that in old people may have high scores in the psychological dimension of quality of life despite low scores in the psychical function associated to diseases. This fact supports the need for strategies aimed at the psycho-afective aspects of life and not only at the biological aspects.

Key words: Physic and psychic Quality of Life, elderly, third age.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno mundial de la transición demográfica provocado por el aumento de la esperanza de vida, el incremento paulatino del número de personas de la tercera edad y la disminución de la fuerza productiva por la reducción de los nacimientos, ha determinado que aparezca en los últimos decenios un nuevo problema para la salud pública mundial en lo que concierne a los servicios de un número cada vez mayor de personas mayores. La necesidad de conservar la calidad de vida en un segmento de la población en el que las enfermedades crónicas aumentan, ha movido el interés de los investigadores y de los decisores en salud por conocer ciertos determinantes de este constructo en las personas mayores.

Antes de valorar la calidad de vida deben esclarecerse las acepciones resultantes de la polisemia del término, y enfrentar el problema con una definición operacional

válida según cada trabajo. Generalmente se evalúan áreas particulares de la calidad de vida, y desde criterios específicos.

En esta investigación se estima la calidad de la vida a partir de la percepción que poseen las personas mayores acerca de su salud física y psíquica, desde criterios médico-psicológicos que abarcan el estilo de vida, el equilibrio y afrontamiento de su personalidad, su conformidad consigo mismo y con la forma en que vive, el cumplimiento de ciertas normas que exige la sociedad para lograr el orden y el control social, el respeto a la dignidad propia y ajena y a las normas morales vigentes. Para este enfoque nos basamos en la definición de la OMS de 1999 que declara 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 y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".¹

En un estudio comparativo entre adultos mayores de dos grupos de edades de Gran Bretaña y Taiwán, con el empleo del "Nottingham Health Profile" (NHP), se encontraron diferencias en los puntajes de los grupos pareados por edad, a pesar de que el NHP ha sido validado y adaptado para diferentes culturas en pruebas repetidas.² Esto indica que la multidimensionalidad y la subjetividad complican la interpretación de los resultados de las investigaciones sobre la calidad de vida. La validez clínica de algunos instrumentos empleados en ancianos como el CASP-19 "que contiene dimensiones para el control, la autonomía, la autorrealización y el placer de vivir", se basa en la asociación inversa entre los puntajes totales y la fragilidad del anciano, las enfermedades crónicas que padece, los trastornos depresivos, la circunstancia de vivir solos y de haber sufrido caídas en los últimos 12 meses,³ lo cual revela el impacto de las alteraciones físicas y psíquicas, especialmente las primeras, en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor.

Utilizando ese mismo instrumento en una cohorte de personas mayores en Irlanda, se encontró que el incremento en los puntajes relativos a la percepción de una "buena" calidad de vida se asoció con la longevidad, siempre que los ancianos tuviesen niveles razonables de salud mental y física, pero sobre todo por la participación del anciano en actividades sociales y las relaciones sociales frecuentes y de alta calidad. Se encontró además, que aun cuando la salud física empeorara, los puntajes de calidad de vida se mantenían altos en las personas que encontraban valores y disfrute espirituales en otras dimensiones de la vida.⁴ Este efecto del componente psíquico y de la estabilidad de la personalidad en la calidad de vida se ha constatado también en ancianos brasileños. Se ha observado, en particular, que el constructo "sentido de la vida" es una variable mediadora para la percepción de la calidad de vida ante eventos estresantes en las personas mayores⁵ por lo que si bien las afectaciones de la salud física son muy importantes, los aspectos relacionados con su salud psíquica han ganado terreno paulatinamente, de manera que los instrumentos empleados actualmente han ido incluyendo dimensiones cada vez más amplias que consideran los componentes afectivos y de estructura de la personalidad así como los del apoyo familiar, social, económico, de satisfacción con la vida, de la concepción de felicidad y del proyecto de vida entre otras.⁶

Teniendo en cuenta estos antecedentes nos propusimos investigar si los puntajes alcanzados al valorar calidad de vida psíquica en ancianos de una comunidad se relacionan con el funcionamiento físico en ancianos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación exploratoria transversal en la Circunscripción 20 del Municipio Playa, donde se encuentran ubicados 5 consultorios.

Selección de los adultos mayores: Se visitó a todos los pacientes adultos mayores (n= 324 ancianos del área de salud). Cuando alguno no se encontraba en su casa, se visitaba en otra ocasión; si no se encontraba en la segunda visita se excluía de la investigación. Los instrumentos se aplicaron con el previo consentimiento del entrevistado y en un local donde solo se encontraban él y el entrevistador. Dada las características de los instrumentos de la investigación —encuestas que necesitan de la capacidad de mantener una entrevista con comprensión para memorizar y elaborar las respuestas—, fue necesario delimitar ciertos criterios de exclusión a partir de una observación y valoración clínica previa, así como de los resultados de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF).

Criterios de exclusión: Pacientes encamados, por no poder continuar en los proyectos posteriores de intervención, personas sordas, personas con alteraciones de la memoria con calificación menor que 3 según la EGEF, personas con deterioro evidente de sus funciones cognitivas por enfermedades incapacitantes que le impidiesen la comprensión de las entrevistas, personas que se encontraban fuera del área en el momento de la visita, personas o su representante familiar que no aceptaron participar en el estudio.

Luego de aplicados los criterios de exclusión, la muestra quedó constituida por 190 personas, con edad mínima de 60 años y máxima de 92 años, con una media de 76 años, y una estratificación por sexos de 131 individuos femeninos y 59 masculinos.

Como instrumentos de valoración se emplearon:

Escala geriátrica de evaluación funcional EGEF. La componen doce acápites de 5 ítems cada uno. Se evalúa según criterios para la Atención Primaria de Salud APS.⁷

Cuestionario de calidad de vida psíquica general. Evalúa mecanismos de regulación de la personalidad y permite estimar su vulnerabilidad psíquica a través del enfrentamiento y manejo de situaciones de la vida cotidiana tales como: 1) planificación de tareas y de la vida a largo, mediano y corto plazo; 2) toma de decisiones meditadas y previo análisis; 3) confianza en capacidades y en el logro de aspiraciones y metas; 4) control de las emociones (ira-violencia); 5) manejo de relaciones interpersonales y de las manifestaciones de afecto. Está compuesto por 25 ítems, cada uno propone 4 posibilidades de respuestas en una escala Likert, donde la alternativa 1 es la que refleja el mejor equilibrio y resistencia psíquica en su interacción cotidiana: 1) casi siempre, 2) muchas veces, 3) pocas veces, 4) casi nunca.

Cuestionario de calidad de vida actual. En él se recoge la autovaloración de la persona acerca de su satisfacción con: 1) logros obtenidos en la vida personal, laboral y familiar; 2) el apoyo recibido de familiares, amigos y de la sociedad; 3) felicidad alcanzada por relaciones familiares, laborales y sociales; 4) vida sexual y salud; 5) su vida en general y con su manera de ser; 6) respeto de los demás (familiares, amigos y otras personas a sus gustos y decisiones en su etapa de adulto mayor). Está compuesto por 17 ítems, cada uno con cuatro alternativas de respuesta según la escala Likert, donde la alternativa 1 es la que indica el mejor estado de satisfacción: 1) casi siempre, 2) muchas veces; 3) pocas veces; 4) casi nunca.

Cuestionario de padecimientos y alteraciones de la salud. Recoge información de síntomas y signos que reflejan padecimientos y alteraciones de salud, que sin haber sido enfermedades diagnosticadas clínicamente y que necesitaran tratamiento, fueron frecuentes y duraderos durante periodos prolongados de su vida y le causaron molestias. Entre ellas se evaluaron: pruritos, lesiones de piel, estornudos, cefaleas, trastornos digestivos, aftas bucales, sudoraciones, taquicardias, menstruaciones molestas (mujeres), trastornos del sueño, cansancio, trastornos del apetito, catarros frecuentes. Está compuesto por 24 ítems con 2 alternativas de respuesta, donde la alternativa 2 es la negación del padecimiento.

Cuestionario de alteraciones de la vida afectiva. En él se recoge información sobre estados de ánimo desagradables que hayan sido frecuentes o duraderos a lo largo de su vida. Se exploran manifestaciones de nerviosismo, tristeza, mal humor, pesimismo, ideas fijas, desánimo, resignación, timidez, culpabilización excesiva, tic nervioso, indefensión. Está compuesto por 11 ítems según la escala Likert, donde la alternativa 1 es la que refleja una menor alteración de la vida afectiva: 1) casi nunca, 2) pocas veces 3) muchas veces 4) casi siempre.

Clasificación según enfermedades

Las enfermedades específicas se tomaron de la escala geriátrica y de datos de dispensarización.

Gravedad de la enfermedad. Clasificación de acuerdo con su gravedad y si ponen en riesgo la vida. Escala de calificación: a) enfermedades con mayor riesgo para la vida a corto y largo plazo (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y cáncer) 3; b) otras enfermedades 2; c) sin enfermedades crónicas reportadas en su historia clínica 1.

Cantidad de enfermedades. Se clasificó de la siguiente forma: número de enfermedades crónicas (comorbilidades): a) enfermedades con alto riesgo de mortalidad: Cantidad por 4; b) Mixto (enfermedades crónicas con bajo riesgo de mortalidad más otras enfermedades) cantidad por 3; c) otras enfermedades: cantidad por 2; d) sanos por 1.

Todos los cuestionarios, con excepción de la Evaluación Geriátrica Funcional fueron elaborados y validados en el departamento de Psicología del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas (ICBP) "Victoria de Girón" como parte de una tesis de maestría en psicología de la salud.⁸

Análisis de los datos

Los resultados de los puntajes de cada cuestionario se sumaron luego de modificarlos para que tuviesen la misma polaridad. Se estimaron las distribuciones de frecuencia para cada ítem de los seis cuestionarios y se calcularon estadísticas descriptivas sobre el indicador resumen de cada escala. En el caso de la EGEF se incluyó una variable adicional definida como el promedio de los doce componentes de la escala. Para intentar entender la estructura de asociaciones entre las distintas esferas que miden el conjunto de instrumentos se realizó un análisis factorial exploratorio, evitando que los valores de los ítem que recogen cualidades positivas y negativas estuvieran en direcciones opuestas para cada escala, de manera que tal

se orientara lo positivo siempre en el sentido de los mayores valores. En este análisis factorial se consideraron variables provenientes de los cuestionarios y se construyeron 3 nuevas variables extraídas de los cuestionarios para resumir las escalas en los instrumentos e incluirlas en las matrices de análisis. Proviene directamente de los cuestionarios: a) calidad de vida psíquica general, b) calidad de vida actual, c) alteraciones de la vida afectiva, d) padecimientos y alteraciones a lo largo de la vida. Las construidas para ser incluidas en el análisis fueron las que siguen: 1) el promedio de los componentes de la escala EGEF, 2) gravedad de las enfermedades padecidas actualmente, 3) cantidad de padecimientos en el momento de la entrevista. Por último, se describen las diferencias entre hombres y mujeres en relación con las variables que resumen las escalas y con los factores que emergieron del análisis factorial.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La matriz de correlaciones (tabla 1) revela el siguiente patrón:

- Asociaciones altas entre las variables que describen la calidad de vida psíquica, por un lado, y los indicadores de la condición física, por el otro.
- Mayor asociación de la evaluación geriátrica con la esfera física que con la esfera psicológica.
- Asociaciones moderadas de las alteraciones de la vida afectiva con ambas esferas (psíquica y física), algo mayores con esta última.
- Relativamente baja asociación entre las dimensiones física y psíquica.

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre las variables

	Calidad de vida		Alteraciones de la vida afectiva	Evaluación geriátrica promedio	Gravedad de las enfermedades	Cantidad de enfermedades	Padecimientos
	psíquica	global					
Calidad de vida psíquica	1	,249	,118	-,110	-,111	-,055	-,040
Calidad de vida psíquica anterior	,249	1	,054	,087	-,026	,117	,016
Alteraciones de la vida afectiva	,118	,054	1	,176	,052	-,003	,094
Evaluación geriátrica promedio	-,110	,087	,044	1	,353	,415	,447
Gravedad de las enfermedades	-,111	-,026	,052	,353	1	,779	-,058
Cantidad de enfermedades	-,055	,117	-,003	,415	,779	1	,011
Padecimientos	-,040	,016	,094	,447	-,058	,011	1

En correspondencia con este patrón de asociaciones, el análisis factorial mostró tres factores subyacentes (según el criterio habitual de varianzas relativas superiores a 1, con lo cual los tres factores seleccionados explican casi 63 % de la varianza total): el primero, "dominado" por la cantidad y gravedad de las enfermedades (calidad de vida física o salud física); el segundo, caracterizado por el predominio de los indicadores de la esfera psíquica (calidad de vida psíquica general-anterior y actual- y alteraciones de la vida afectiva) y el tercero, a cuya definición aportan de modo predominante los padecimientos durante la vida y la evaluación geriátrica (tablas 2 y 3).

Tabla 2. Resultados del análisis factorial (varianza total explicada)

Componentes	Valores iniciales			Sumas extraídas de los cuadrados de las cargas		
	Total	% Varianza	% Acumulativo	Total	% Varianza	% Acumulativo
1	1,878	26,822	26,822	1,878	26,822	26,822
2	1,323	18,894	45,716	1,323	18,894	45,716
3	1,188	16,971	62,687	1,188	16,971	62,687
4	0,918	13,120	75,807	—	—	—
5	0,845	12,068	87,875	—	—	—
6	0,641	9,157	97,033	—	—	—
7	0,208	2,967	100,000	—	—	—

Tabla 3. Varianzas relativas^a, varianzas absolutas y varianzas acumuladas en relación con un análisis factorial exploratorio sobre la matriz de correlaciones

Componentes	Varianza relativa	Varianza absoluta	Varianza acumulada
1	1,88	26,82	26,82
2	1,32	18,89	45,72
3	1,19	16,97	62,69
4	0,92	13,12	75,81
5	0,85	12,07	87,88
6	0,64	9,16	97,03
7	0,21	2,97	100,00

El primer factor, que incluye la calidad de vida física, posee una importancia muy marcada en la tercera edad, porque es el periodo de la vida en el que se incrementan las enfermedades crónicas y se agravan las que se iniciaron en etapas precedentes, precisamente por el deterioro gradual de los sistemas orgánicos.² Por ese motivo, no debe sorprendernos que sea este el factor que explica el mayor porcentaje de variabilidad.

La existencia de asociación entre las variables calidad de vida psíquica general (anterior y actual) y las alteraciones de la vida afectiva, aunque moderada, coincide con los hallazgos de *Dale* y otros en 2013, quienes describieron que haber tenido

un estado de buena salud psíquica antes de envejecer, con autopercepción de buena calidad de vida constituye un buen predictor de la calidad de vida psíquica en la tercera edad.⁹ Las alteraciones de la vida afectiva se han identificado como determinantes de la salud en el instrumento "SABE" (OPS-OMS 2001). Es creciente el número de investigaciones que muestran su importancia en cuanto a la valoración de la calidad de vida. En una investigación realizada en el Uruguay los resultados mostraron que sentirse satisfecho con la vida y tener vida afectiva positiva constituyeron predictores de la percepción de buen estado de salud física en la evaluación de la calidad de vida integral en adultos mayores,¹⁰ lo cual evidencia la importancia del buen enfrentamiento psíquico como paliativo para soportar el deterioro físico que acompaña al envejecimiento.

La calidad de vida psíquica general se asoció de modo positivo, aunque moderada con los resultados del cuestionario "Alteraciones de la vida afectiva", en el cual se exploraron los estados de ánimo más frecuentes que a lo largo de la vida caracterizaron a los ancianos encuestados. Esta asociación refleja que mientras mejores fueron los estados de ánimo que predominaron antes de llegar a la tercera edad, más altos fueron los puntajes en la calidad de vida psíquica general, lo cual se explica porque el bienestar, núcleo medular de la calidad de vida psíquica, está compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivo-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivo-valorativos (que se refieren a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida y de sus conductas).¹¹ Esto determina que en la medida en que la personalidad es más estable, la vida afectiva es más satisfactoria y la calidad de vida psíquica alcanza puntuaciones superiores indicando que podría educarse la buena salud psíquica y el enfrentamiento correcto de las situaciones de adversidad antes de llegar a la tercera edad tal y como se hace con la educación de la psicomotricidad^{12,13} que es actualmente una de las estrategias para mejorar la percepción de la calidad de vida y el equilibrio en ancianos.

El análisis factorial exploratorio, a pesar de la subjetividad inevitable que le es inherente a su interpretación, permite advertir la existencia de dos grupos de variables, cada uno de ellos con correlaciones intraclase moderadas o altas, y relativamente disociados entre sí, de modo que es posible distinguir: (a) un conglomerado de variables físicas que explican el mayor porcentaje de variabilidad interindividual; (b) un conglomerado de variables psíquicas, y (c) una dimensión intermedia de alteraciones de la vida afectiva, que se asocia moderadamente con los dos conglomerados precedentes. Una personalidad equilibrada permite al anciano reajustar sus expectativas y su proyecto de vida, de manera que la pérdida de las capacidades físicas pudiera no siempre repercutir de manera negativa en su percepción de buena calidad de vida, aunque influya en los puntajes totales. A pesar de las afectaciones en la salud física, la funcionalidad y el validismo, aquellos ancianos que se ajustan a los cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adaptándolos a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas, perciben altos niveles de bienestar como consecuencia de la aceptación de que sus metas ya no son las mismas de etapas anteriores, lo cual favorece la disminución de la ideas de frustración y fracaso.¹⁴

Los resultados de este estudio no son concluyentes, pero el hecho de que ambas dimensiones estén relativamente disociadas permite entender esta aparente "oposición" entre salud física y adaptación psíquica en relación con el bienestar en los ancianos. Por el impacto de los componentes psíquicos sobre la percepción de la calidad de vida, Bayarre y otros (2009), en su construcción y validación de instrumentos cubanos para evaluar la calidad de vida en las personas mayores, dejaron ampliamente representadas las dimensiones psicológicas¹⁵ de la manera en que lo enfocan los trabajos más avanzados en el mundo. Al destacar el papel del componente psíquico en la percepción de la calidad de vida en las personas

mayores no se pretende desestimar el efecto del deterioro físico y la limitación del validismo del anciano en esta percepción, porque este constituye un factor determinante.¹⁶ El efecto del deterioro de la salud sobre la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor puede constatarse en la disminución de los puntajes acumulados cuando se explora la calidad de vida con instrumentos que privilegian la dimensión física, lo que genera un problema metodológico y de enfoque destacado por *Bayarre* y otros en Cuba.¹⁵ Sustentan esta idea los resultados de investigaciones con ancianos brasileños en las que se emplea como instrumento el SF-36. Se puso de manifiesto que las comorbilidades y la edad impactaban más severamente su calidad de vida,¹⁷ lo cual parece relacionarse con la estructura del instrumento, que privilegia la dimensión física, la salud y el efecto de trastornos emocionales en las esferas de la vida cotidiana —pero se evalúa esta última de manera inespecífica—. En otro estudio realizado también en personas mayores en Brasil, utilizando la versión brasileña del WHOQOL-100 y módulo WHOQOL-OLDF, que recoge funcionalidad física, social, emocional, y autonomía, se evidenció que a pesar de que para la mayoría tener salud significaba calidad de vida (CV), le seguían como categorías más representativas los sentimientos positivos, las relaciones personales y el acceso a la comida.¹⁸ Otros autores reportan que entre todos los factores que afectan la CV, el más influyente en el deterioro es la afectación de la esfera psíquica¹⁹ por lo que el componente psicológico debe tenerse en cuenta cuando se explore la calidad de vida en cualquier edad pero en particular cuando se trate de adultos mayores.

La relativa independencia de las dimensiones física y psicológica permite suponer que la percepción de la calidad de vida general se mejoraría en la tercera edad, a pesar de lo afectada que pueda estar la salud física, si se trabaja con las personas en un equilibrio dinámico que fortalezca y haga emerger aspectos resilientes y protectores de la personalidad de los sujetos y de los grupos,¹¹ con el propósito de prepararlos psíquicamente para las edades donde la salud se verá quebrantada.

La inspección simple de la matriz de correlaciones y los resultados del análisis factorial exploratorio coinciden con los resultados de investigaciones que reportan que los puntajes para CV total son elevados cuando los ancianos mantienen disfrute espiritual en otras dimensiones de la vida aunque su salud física esté muy afectada.⁴

A pesar de que la evidencia contenida en los resultados de este estudio es moderada, basta para sustentar la importancia de trabajar sobre la salud de la esfera psíquica de los adultos mayores tal y como se hace con los apoyos para el mantenimiento de la salud física, con el propósito de mejorar su percepción de la calidad de vida a partir de una buena salud psíquica. Un indicador de buena salud psíquica en adultos mayores "jóvenes" y en los "viejos-viejos" es la plasticidad cognitiva. Entre los mejores predictores para el mantenimiento de esa plasticidad se encuentran la actividad social y el nivel educacional, por las herramientas que brindan para un mejor enfrentamiento de la enfermedad, la discapacidad y el deterioro asociado a la edad,²⁰ contribuyen a una mejor percepción de la calidad de vida. En apoyo del valor de la plasticidad y tal vez por mediación de la independencia de las dimensiones que valoran las esferas física y psíquica, se encontró que tener amigos y realizar una vida social activa incrementa los efectos positivos sobre la percepción de la calidad de Vida en los ancianos de más edad, se comportan como amortiguadores para los efectos negativos del envejecimiento y sus limitaciones físicas y comorbilidades, y mejoran los indicadores globales en las evaluaciones de este constructo,²¹ entre otras razones, porque se oponen al sentimiento de soledad el cual impacta fuertemente la calidad de vida en general.²²

La descripción estratificada por sexo (tabla 4) muestra muy pequeñas diferencias relativas entre hombres y mujeres. Llama la atención, sin embargo, que en relación

con los ejes factoriales que emergieron del análisis factorial exploratorio —que por construcción tienen media cero—, hombres y mujeres se ubican en lados opuestos del valor promedio (más notables en el tercer factor) aunque con varianzas grandes que demuestran una gran superposición de los valores. Por otra parte, aunque la evaluación geriátrica promedio es prácticamente idéntica en hombres y en mujeres, los hombres tienen valores más altos en la calidad de vida psíquica actual y en las alteraciones de la vida afectiva, y las mujeres en los padecimientos, la cantidad y la gravedad de las enfermedades. Este resultado coincide con lo reportado por otros autores en Colombia, que encontraron que fueron las mujeres las que reportan menores puntajes para la salud física y psíquica²³ y en Chile, donde el bienestar percibido fue también menor en mujeres²⁴ lo que podría asociarse con las condicionantes de género que caracterizan a las sociedades o grupos donde viven esas mujeres. En otras investigaciones realizadas también en Cuba se reportan datos coincidentes con los nuestros, que refieren que las mujeres concurren con más frecuencia a los servicios médicos por diversos síntomas, consumen más medicamentos y perciben una peor salud.²⁵ Los problemas de género se incrementan con el envejecimiento, y en los países del tercer mundo se reconoce que las mujeres adultas mayores están en desventajas al tener una menor disponibilidad de recursos materiales y financieros. Como consecuencia de la sobrecarga física y psicológica que han soportado a lo largo de la vida cumpliendo diversos roles, tienen un mayor nivel de discapacidades funcionales y al haber ocupado tradicionalmente una posición como "cuidadora" en la familia, llegan a la tercera edad enfrentando una menor facilidad de acceso a recursos en materia de cuidados. En las mujeres de la tercera edad, el sentimiento de bienestar está también afectado por el género, debido a que entre ellas se haya una mayor posibilidad percibir sentimientos de soledad y aislamiento que entre los hombres,²⁶ lo cual repercute en su calidad de vida física y psíquica.

Tabla 4. Ponderaciones factoriales para los tres factores principales

Variables	Componentes		
	1	2	3
Calidad de vida psíquica	-0,19	0,61	-0,53
Calidad de vida global	0,11	0,56	0,34
Alteraciones de la vida afectiva	0,12	0,64	-0,38
Evaluación geriátrica promedio	0,40	0,31	0,51
Gravedad de las enfermedades	0,90	-0,14	-0,17
Cantidad de enfermedades	0,91	-0,04	-0,20
Padecimientos	0,06	0,33	0,56

CONCLUSIONES

La calidad de vida es un constructo multidimensional y por consiguiente, irreducible a escalares simples. Esta afirmación, que puede sostenerse *a priori*, se confirma con el estudio del patrón de correlaciones y con los resultados del análisis factorial, que muestran una estructura de asociaciones débiles y dos conglomerados de variables: las que representan la esfera psíquica, y las que se asocian a las enfermedades y padecimientos, su número y su gravedad. La evaluación geriátrica, representada por un indicador único que resume varios ítems de una escala, tiene una posición intermedia entre ambos conglomerados, aunque parece asociarse más a las variables de la esfera física que a las de la esfera psíquica.

A pesar de que los resultados no son concluyentes, lo cual concuerda con la naturaleza exploratoria del diseño y del análisis, el estudio confirma que la calidad de vida consta de varias dimensiones (que incluyen las esferas física y psico-afectivas), que ni son completamente independientes, ni se manifiestan con total concierto, lo cual da sustento a la necesidad de elaborar estrategias particulares en relación con la calidad de vida del adulto mayor, que no se limiten a la atención de su salud física, sino que contribuyan también a reforzar los aspectos de su vida psico-afectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas CG, Fritsch M R, Solís GJ, González AM, Guajardo TV, Araya BR. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Rev Méd Chile [revista en Internet]. 2006 Jun [citado 7 feb 2014]; 34 (6):713-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000600006&lng=es
2. Li CP. Quality of life patterns and survival among older people. J Nurs Res. 2013; 21:94-109.
3. Wu TY, Chie WC, Kuo KL, Wong WK, Liu JP, Chiu ST, Cheng YH, Netuveli G, Blane D. Quality of life (QOL) among community dwelling older people in Taiwan measured by the CASP-19, an index to capture QOL in old age. Arch Gerontol Geriatr. 2013;3: 10-5.
4. Layte R, Sexton E, Savva G. Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. J Am Geriatr Soc. 2013;61:S299-305.
5. Pimenteira de Melo RM, do Carmo EM, Veloso Gouveia V, Medeiros Silva HD. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2013;26:222-30.
6. Jiménez Romera C. Calidad de vida. En: Glosario de términos clave relacionados con un urbanismo y una arquitectura más sostenibles. [Textos del Curso de doctorado "Por una ciudad más sostenible"]. Departamento de Urbanismo y Ordenación del Territorio de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid. Madrid (España), febrero de 2007. [citado 2013-04-12]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.html>
7. Álvarez, R. Temas de Medicina General e Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.

8. Piñera SA, González U, Bayarre HD. Construcción de un cuestionario de autovaloración de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. [Tesis de terminación de Maestría en Psicología de la Salud]. Facultad de Salud Pública. La Habana; 1995.
9. Dale CE, Bowling A, Adamson J, Kuper H, Amuzu A, Ebrahim S, Casas JP. Predictors of patterns of change in health-related quality of life in older women over 7 years: evidence from a prospective cohort study. *Age Ageing*. 2013;42: 312-8.
10. Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en Uruguay. Documento de Trabajo 14/04. Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. 2004. [citado 2013-05-11]. Disponible en: http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article1014&context=maximo_rossi&sei-redir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.com.cu
11. Cuadra LH, Florenzano UR. El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 2003;12:83-96.
12. Silva, TA. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. *Revista Brasileira Reumatol*. 2012; 46:391-7.
13. Costa, M, Rocha L, Oliveira S. Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida naterceiraidade. *Rev. Lusófona de Educação*. 2012;22: 123-40.
14. Ortiz JB, Castro M. The psychological well-being of the elderly and their relation with self-esteem and self- efficiency: nursing contribution. *Cienc Enferm*. 2009;15:25-31.
15. Bayarre Vea HD. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana: an approach from the Cuban perspective. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2009; 35:110-6.
16. Soberanes S, González Pedraza A, Moreno YC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2009;14:161-72.
17. Campolina A G, Dini PS, Ciconelli RS. Impacto da doença crónica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. Saúde coletiva*. 2011;16:2919-25. .
18. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM da, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualida de vida. *Acta Paul. Enferm*. 2010;23:101-7.
19. Martín-García S, Rodríguez-Blázquez C, Martínez-López I, Martínez-Martín P, Forjaz MJ. Comorbidity, health status, and quality of life in institutionalized older people with and without dementia. *Int Psychogeriatr*. 2013;11: 1-8.
20. Calero MD, López Pérez-Díaz AG, Navarro González E, Calero-García MJ. Cognitive plasticity, cognitive functioning and quality of life (QoL) in a sample of young-old and old-old adults in southern Spain. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25: 35-42.
21. Huxhold O, Miche M, Schüz B. Benefits of Having Friends in Older Ages: Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;16:213-8.

22. Rodríguez Martín M. La soledad en el anciano. Gerokomos 2009; 20: 159-66.
23. Uribe Rodríguez AF, Valderrama Orbegozo LJ, Molina Linde JM. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. Acta Colombiana de psicología. 2007; 10: 75-8.
24. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Terapia Psicológica. 2012; 30: 23-9.
25. Castañeda I, Pérez L, Sanabria G. Diferencias de género en las edades del ciclo vital de 65 años y más en el municipio Guanabacoa. Rev Cubana Med Gen Integr 2009; 25: 54-64.
26. Palomba R. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Documentos del Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) / División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Julio 2002.

Recibido: 28 de noviembre de 2013
Aprobado: 25 de febrero de 2014