

Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos

Psychometric properties of the Quality of Life-Old Questionnaire (WHOQOL-OLD) in Mexican older adults

*Christian Oswaldo Acosta Quiroz¹, Javier José Vales García²,
Sonia Beatriz Echeverría Castro², Dulce María Serrano Encinas²
y Raquel García Flores²*

RESUMEN

El propósito de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores del sur del estado de Sonora (México). Se encuestó a 794 adultos mayores de entre 60 y 98 años, mujeres y hombres, a quienes se les aplicó, de manera individual, una hoja de datos sociodemográficos, el WHOQOL-OLD en español, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton. En el citado cuestionario se evaluó validez divergente y convergente respecto a depresión y bienestar subjetivo, respectivamente; así como su validez discriminante según el sexo, grupo de edad, nivel educativo, estatus de salud y presencia o ausencia significativas de síntomas depresivos, validez factorial y consistencia interna de sus dimensiones y del total de los reactivos. El cuestionario mostró validez divergente respecto a la depresión, validez convergente en relación al bienestar subjetivo, validez discriminante según la edad, nivel educativo, estatus de salud y presencia significativa o no de síntomas depresivos. En el análisis factorial del instrumento se obtuvieron los seis factores que se mencionan en la literatura y que explican la varianza total. El citado cuestionario, en su versión en español, es un instrumento confiable y válido para adultos mayores de la mencionada zona.

Palabras clave: Adultos mayores; Calidad de vida; WHOQOL-OLD; WHOQOL-BREF; EQ-5D.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the psychometric properties of the Spanish version of WHOQOL-OLD questionnaire in 794 Mexican female and male older adults up to 60 years of age. Participants completed a socioeconomic data sheet, the Spanish version of the WHOQOL-OLD, the Geriatric Depression Scale and a subjective well-being scale. The WHOQOL-OLD divergent and convergent validity was assessed in relation to depression and subjective well-being, respectively. Analyses also included validity by sex, age, schooling, health status and depressive symptoms, as well as factor validity, and internal consistency by specific dimensions and by the total number of items of the WHOQOL-OLD. The instrument showed divergent and convergent validity concerning depressive symptoms and subjective well-being respectively. Discriminant validity was high by age group, schooling, health status and significant depressive symptoms. Factor analysis yielded six factors, explaining 65% of the total variance, and internal consistency (Cronbach's alpha) for the total of items was high. It is concluded that the Spanish version of WHOQOL-OLD is a reliable and valid questionnaire for Mexican older adults.

Key words: Aged; Quality of life; WHOQOL-OLD; WHOQOL-BREF; EQ-5D.

¹ Instituto Tecnológico de Sonora (Unidad Navojoa), Ramón Corona s/n, Col. ITSON, 85860 Navojoa, Son., México, tel. (642)422-59-29, ext. 5010, correo electrónico: cacosta@itson.mx. Artículo recibido el 17 de diciembre de 2011 y aceptado el 12 de junio de 2012.

² Instituto Tecnológico de Sonora (Unidad Obregón), 5 de Febrero 818 Sur, Col. Centro, 85000 Cd. Obregón, Son., México, tel. (644)410-09-00, ext. 2921, correos electrónicos: jvales@itson.mx, soniae@itson.mx, dserrano@itson.mx y raquelgarcia@itson.mx.

INTRODUCCIÓN

La escala mundial, la proporción de personas de 60 años y más aumenta de forma más rápida que la de cualquier otro grupo de edad. Las disparidades de género, los cambios estructurales en el ámbito familiar y social, el número de personas mayores que viven solas, los cambios en la carga de enfermedad y el riesgo de discapacidad, entre otros factores, indican la importancia de evaluar la calidad de vida en esta población (Lucas, 2007). En la actualidad, existen cuestionarios de amplio reconocimiento y uso en todo el mundo, con los que se puede medir la calidad de vida en personas mayores. Por ejemplo, dos instrumentos representativos de lo anterior son el EuroQoL-5D (EQ-5D) y el WHOQOL-BREF, que es una versión breve del WHOQOL-100.

El cuestionario EQ-5D (The EuroQoL Group, 1990) es un instrumento que mide la calidad de vida en relación con la salud y está compuesto por cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y estado de ánimo. En la población de la tercera edad, el cuestionario ha sido utilizado en una gran cantidad de estudios sobre calidad de vida en pacientes con Alzheimer (Naglie y cols., 2011), riesgo de malnutrición y calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores (Kvamme, Olsen, Florholmen y Jacobsen, 2011), relación entre el vivir solo o en compañía del esposo y los hijos, calidad de vida relacionada con la salud en la citada población (Sun, Lucas, Meng y Zhang, 2011), impacto del aislamiento social sobre el estatus de salud (Hawton y cols., 2011) o depresión en adultos mayores con Alzheimer o demencia vascular y su influencia sobre su calidad de vida (Winter, Korchounov, Zhukova y Bertschi, 2011).

En versión adaptada al español de México, González-Celis (2002) y González-Celis y Sánchez-Sosa (2003), aplicaron el EQ-5D a un grupo de 124 adultos de 55 a 74 años de edad. Los resultados encontrados respecto a la consistencia interna entre ítems revelaron un valor α de .55. Al aplicarse en un diseño test-retest, la correlación entre ambas medidas fue de .54; sin embargo, la validez concurrente de las calificaciones obtenidas con este instrumento fue más alta al encontrarse correlacio-

nes significativas entre este y la presencia de problemas visuales, enfermedades pulmonares e hipertensión arterial. Asimismo, se asoció de forma significativa con una medida de bienestar subjetivo; para ello, Lawton (1975) utilizó una escala de bienestar subjetivo: la Escala Moral del Centro Psiquiátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, o PGC), instrumento también traducido y adaptado al español de México.

Por otro lado, el WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998) de 26 reactivos se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos) para evaluar la calidad de vida de forma que permitiera resumir áreas y se empleara en aquellos casos en los que se requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla que no por ello perdiera sus propiedades psicométricas. Las cuatro áreas que cubre este cuestionario son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. En la población de ancianos se le ha utilizado para una gran cantidad de casos, como calidad de vida percibida y actividad física en sujetos brasileños (Porto, Guedes, Fernandes y Reichert, 2012), calidad de vida en supervivientes de terremotos (Ardalan y cols., 2011), discapacidad y calidad de vida en personas con vértigo (Lasisi y Gureje, 2010), predictores de cambio en calidad de vida relacionada a la salud en individuos deprimidos (Chan y cols., 2009) y calidad de vida en diferentes ambientes residenciales (Bodur y Cingil, 2009).

En México, la aplicación del WHOQOL-BREF se realizó a través de un proceso de traducción, re-traducción y adaptación al lenguaje de uso común mediante una evaluación de los ítems por 21 jueces expertos, encontrándose un acuerdo entre los ítems de 69.05% para dar validez de contenido (González-Celis, 2002; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002). En otro informe en el que se examinan las propiedades psicométricas del instrumento con población anciana (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003), se señala que se utilizó el instrumento como una medida de significación clínica para evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual en una muestra de 27 sujetos adultos de edades comprendidas entre 55 y 74 años, de nivel económico medio-bajo y con una escolaridad promedio de casi cuatro años, que co-

rresponde a primaria incompleta. En relación con sus propiedades psicométricas, muestra valores apropiados de consistencia interna ($\alpha = .75$).

Sin embargo, una de las primeras interrogantes que surgen en la evaluación genérica de la calidad de vida es si los cuestionarios desarrollados para población adulta joven se pueden utilizar igualmente en la población de adultos mayores. Una segunda cuestión es si hay áreas específicas de calidad de vida que puedan ser más importantes para estos últimos, y que por lo tanto puedan adicionarse a un cuestionario genérico de calidad de vida. Por ello, en el año 2000 se tomó la iniciativa de desarrollar a escala internacional un módulo específico para evaluar la calidad de vida en ancianos (Proyecto WHOQOL-OLD). El desarrollo de dicho módulo se llevó a cabo a partir del cuestionario WHOQOL-100 por considerarse como la mejor medida genérica de calidad de vida existente en ese momento, lo que lo hacía ideal para adaptarlo a las personas mayores. En el desarrollo del módulo WHOQOL-OLD se conformó un instrumento de medición de 24 reactivos con seis diferentes facetas o dimensiones y sus respectivos valores de consistencia interna: Capacidad sensorial ($\alpha = .84$), Autonomía ($\alpha = .72$), Actividades pasadas, presentes y futuras ($\alpha = .74$), Participación/aislamiento ($\alpha = .79$), Intimidad ($\alpha = .88$) y Muerte y agonía ($\alpha = .84$), obteniendo el total de los ítems una consistencia interna de $\alpha = .89$ (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD Group, 2005).

En contraste con las múltiples aplicaciones del WHOQOL-BREF y del EQ-5D en la población de la tercera edad en diferentes partes del mundo, en la bibliografía parece haber un vacío notable de estudios con adultos mayores en los que se haya aplicado el WHOQOL-OLD en México. Por ejemplo, un estudio tuvo como propósito someter a prueba la asociación entre calidad de vida y pérdida dentaria en personas en el sureste de Brasil. Este estudio se llevó a cabo con 163 adultos mayores, funcionalmente independientes y no institucionalizados, cuya calidad de vida se midió con el WHOQOL-OLD (Rodríguez, Oliveira, Duarte, Nogueira y Ferreira, 2012). Otro estudio valoró el impacto de la discapacidad visual sobre la calidad de vida en el noreste de Tailandia. La calidad de vida se midió con los cuatro dominios del WHOQOL-BREF, en conjunto con las seis facetas del instrumento

(La Grow, Sudnongbua y Boddy, 2011). Uno más tuvo como propósito determinar el grado en que 212 personas de entre 60 y 107 años de edad, habitantes del noreste de Tailandia, se sienten abandonados por la emigración de sus hijos y el impacto que esto tiene sobre su calidad de vida. A estos efectos, se les aplicó una encuesta que incluía el WHOQOL-BREF en conjunto con el WHOQOL-OLD (Sudnongbua, Lagrow y Boddy, 2010). De igual manera, un estudio más tuvo como propósito describir la importancia de 38 facetas de calidad de vida en ancianos de veintidós países tomando en cuenta el género, grupo de edad y estado de salud. Las mediciones incluyeron la aplicación del WHOQOL-100 y el WHOQOL-OLD (Molzahn, Skevington, Kalfoss y Schick, 2010). Finalmente, otro estudio tuvo el propósito de valorar la asociación entre depresión, calidad de vida y actitudes hacia el envejecimiento en una muestra de 4,316 individuos de veinte países en los cinco continentes. En él, se utilizaron ambos instrumentos y un cuestionario adicional para medir las actitudes hacia el envejecimiento (Chachamovich, Fleck, Laidlaw y Power, 2008).

No obstante la notable ausencia de investigaciones en México en las que se utilice el WHOQOL-OLD, existe una versión en español del cuestionario cuyas propiedades psicométricas se evaluaron junto con las del WHOQOL-BREF en adultos mayores españoles. En este estudio, la consistencia interna del total de los reactivos en el WHOQOL-OLD fue de $\alpha = .84$; en sus respectivas facetas o dimensiones, dichas consistencias fueron $\alpha = .75$ en Capacidad sensorial, $\alpha = .65$ en Autonomía, $\alpha = .75$ en Actividades pasadas, presentes y futuras, $\alpha = .75$ en Participación/aislamiento, $\alpha = .88$ en Intimidad y $\alpha = .79$ en Muerte y agonía. De igual manera, el WHOQOL-OLD mostró tener validez divergente al correlacionarse negativa, elevada y significativamente con puntajes de depresión ($r = -.59$), validez convergente al correlacionarse positiva, moderada y significativamente con puntajes de salud física ($r = .34$) y mental ($r = .49$), y validez discriminante al alcanzar puntajes mayores significativos de calidad de vida en aquellos con altos niveles de educación comparados con quienes tienen bajos niveles, así como en los que se perciben más sanos en comparación con los que no se consideran tales y, finalmente, en no deprimidos com-

parados con deprimidos. No hubo diferencias significativas al comparar los puntajes de calidad de vida entre mujeres y hombres, ni entre los grupos de edad de 60 a 79 años de edad y de 80 años en adelante (Lucas, Laidlaw y Power, 2011).

En nuestro país aún no se han evaluado las propiedades psicométricas del WHOQOL-OLD en versión al español. La importancia de contar con un instrumento de tales características es que la gente ahora vive más, por lo que el interés se ha enfocado cada vez más en el estudio de la calidad de vida de la población mayor. Existe el consenso de que el constructo de calidad de vida es subjetivo y multidimensional, que incluye aspectos relativos a la salud física, salud psicológica y relaciones sociales (WHOQOL Group, 1998) y que su medición en la citada población debe complementarse con aspectos específicos relativos a la experiencia de envejecer (Lucas y cols., 2011). En este contexto, el propósito de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD, en versión en español, en adultos mayores del sur del estado de Sonora (México).

MÉTODO

Participantes

Se encuestó a 794 adultos con una edad igual o mayor a 60 años de edad en el sur de la ya mencionada entidad. No se aplicó ningún criterio de exclusión.

Materiales

Hoja de datos sociodemográficos, que aborda ciertos aspectos relativos al participante, como edad, sexo, estado civil, nivel máximo de estudios, actividad principal, estatus de salud y otros más.

WHOQOL-OLD, que es una escala tipo Likert que consta de 24 ítems que puntúan en un rango de 1 a 5. Está dividida en seis facetas o dimensiones, cada una de ellas con cuatro ítems, que evalúa distintos aspectos:

- Dimensión 1: Capacidad sensorial, con preguntas como “¿En qué medida los proble-

mas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?”.

- Dimensión 2: Autonomía, con preguntas como “¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?”.
- Dimensión 3: Actividades pasadas, presentes y futuras, con preguntas como “¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?”.
- Dimensión 4: Participación/aislamiento, con preguntas como “¿En qué grado está satisfecho con su nivel de actividad?”.
- Dimensión 5: Intimidad, con preguntas como “¿En qué medida tiene oportunidades para amar?”.
- Dimensión 6: Muerte y agonía, con preguntas como “¿En qué grado está asustado de morir?”.

La puntuación resultante de sumar los reactivos de cada dimensión oscila entre 5 y 20 puntos. La puntuación del cuestionario en su totalidad va de 24 a 120 puntos. En general, a mayor puntuación, mayor calidad de vida, aunque es importante mencionar que se debe invertir la calificación en algunos reactivos, específicamente aquellos en las dimensiones de Capacidad sensorial y Muerte y agonía. Además, se hicieron modificaciones en los siguientes reactivos:

- a) “¿En qué medida la alteración de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afecta su vida diaria?”, el cual se redactó como “¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?”.
- b) “¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?”, que se redactó como “¿En qué medida la pérdida, por ejemplo de su vista, oído, gusto, olfato o tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?”.
- c) “¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?”, que se redactó como “¿En

qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su capacidad para relacionarse con los demás?”.

d) “¿Cómo puntuaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto)?”, misma que se redactó como “¿Cómo calificaría el funcio-

namiento de su vista, oído, gusto, olfato y tacto?”.

De igual manera, se utilizó apoyo gráfico para reforzar la comprensión de las opciones de respuesta del cuestionario en todos los reactivos. Dos ejemplos de ellos se muestran en las Figuras 1 y 2.

Figura 1. Ejemplo de reactivo sobre “capacidad sensorial” con apoyo gráfico en las opciones de respuesta.

¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su capacidad para relacionarse con los demás?



Figura 2. Ejemplo de reactivo sobre “actividades pasadas, presentes y futuras” con apoyo gráfico en las opciones de respuesta.

¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?



Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Esta escala se aplicó en su versión corta en español de quince reactivos (Brink y Yesavage, 1982), con una consistencia interna de $r = .84$ en adultos mayores sonorenses (Acosta y García, 2007). Un puntaje igual o mayor a 5 en la escala se interpreta como presencia significativa de síntomas de depresión.

Escala de Bienestar Subjetivo o Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC) (Lawton, 1975). Es este un instrumento traducido y adaptado al español de México que contiene dieciocho reactivos distribuidos en tres dimensiones: Agitación, Actitud hacia el propio envejecimiento y Soledad/Insatisfacción.

Procedimiento

Se aplicó individualmente la hoja de datos socio-demográficos, el WHOQOL-OLD, la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Bienestar Subje-

tivo en los adultos mayores, quienes fueron captados en sus respectivos hogares, donde algunos de ellos fueron asistidos en la aplicación de los materiales ya que mostraban ciertos impedimentos para leer o escribir.

Para evaluar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del WHOQOL-OLD en los participantes, se hizo un análisis de reactivos a través de tres procedimientos generales: *a)* método correlacional para obtener la consistencia interna del cuestionario, tanto en el total de sus reactivos como en sus dimensiones específicas, y su validez divergente respecto a la depresión y validez convergente en relación al bienestar subjetivo; *b)* método de grupos contrastados para obtener su validez discriminante comparando puntajes de calidad de vida según el sexo, grupo de edad, nivel educativo, estatus de salud y presencia significativa o no de síntomas de depresión, y *c)* análisis factorial a través de técnicas de rotación ortogonal para evaluar la validez factorial del WHOQOL-OLD en su versión en español, e identificar si sus dimensio-

nes empíricas correspondían con las mismas que se sugieren en la literatura.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los participantes en este estudio se muestran en la Tabla 1.

Se evaluó la validez divergente a través del coeficiente de correlación *rho* de Spearman entre los puntajes totales de los participantes en el WHOQOL-OLD y en la Escala de Depresión Geriátrica; de igual manera, se evaluó la validez convergente a través de la correlación entre los puntajes del WHOQOL-OLD y la Escala de Bienestar Subjetivo, obteniéndose valores de $-.569$ en el primer caso, y de $.624$ en el segundo, con $p \leq .001$.

Respecto a su validez divergente con depresión, el WHOQOL-OLD muestra una correlación negativa, alta y significativa. En relación a su validez convergente con el bienestar subjetivo, muestra igualmente una correlación alta y significativa, aunque positiva.

También se evaluó su validez discriminante a través de grupos contrastados, comparando con la prueba T para muestras independientes las medias de los puntajes de calidad de vida en relación a variables sociodemográficas, como el sexo (hombres vs. mujeres), edad (60-79 años vs. 80 en adelante), nivel educativo (sin estudios, primaria y secundaria vs. preparatoria y universidad), estatus de salud (enfermo vs. no enfermo) y presencia

de síntomas de depresión (deprimido vs. no deprimido) cuyos resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio.

CARATERÍSTICAS	FREC.	MEDIA
Edad		
Mínima	60	71.11 (DE = 7.98)
Máxima	98	
Sexo		
Masculino	362	45.6%
Femenino	432	54.4%
Estado civil		
Soltero	50	6.3%
Viudo o divorciado	284	35.8%
Solo o con pareja	460	57.9%
Nivel de estudios		
Sin estudios	165	20.8%
Primaria	384	48.4%
Secundaria o técnica	137	17.3%
Preparatoria	44	5.5%
Profesional	64	8.1%
Vive:		
Solo	68	8.6%
Con su pareja o cónyuge	441	55.5%
Con sus hijos	221	27.8%
Con algún familiar	64	8.1%
Actividad principal		
Empleado	82	10.3%
Trabaja por su cuenta	149	18.8%
Retirado	214	27%
Labores del hogar	313	39.4%
Desempleado	8	3.5%
Estado de salud		
Sano	474	59.7%
Enfermo	320	40.3%

Tabla 2. Validez discriminante del WHOQOL-OLD.

Característica	Medias y desviación estándar de puntajes en el WHOQOL-OLD	T
Sexo		
Masculino, n = 362	83.94 (10.02)	1.254
Femenino, n = 432	82.96 (11.63)	
Grupo de edad		
60-79 años, n = 663	83.78 (10.88)	2.179*
80 años en adelante, n = 131	81.51 (11.03)	
Nivel educativo		
Bajo, n = 686	82.91 (10.74)	-3.248***
Alto, n = 108	86.56 (11.62)	
Estatus de salud		
Enfermo, n = 474	82.45 (10.79)	-3.023**
No enfermo, n = 320	84.83 (10.999)	
Depresión		
No deprimido, n = 101	64.72 (10.92)	9.26***
Deprimido, n = 64	47.73 (12.31)	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Nota: Nivel educativo bajo: sin estudios, primaria y secundaria; Nivel educativo alto: preparatoria y universidad.

Los hombres puntuaron ligeramente más alto en calidad de vida en comparación con las mujeres, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, los del grupo de edad de 60 a 79 años lo hicieron significativamente más alto en comparación con los participantes de 80 años en adelante, al igual que los de nivel educativo alto, no enfermos y no deprimidos, en comparación con los de nivel educativo bajo, enfermos y deprimidos, respectivamente.

En el análisis factorial que se realizó al WHOQOL-OLD, se extraen y retienen los factores a partir del método de componentes principales, obteniéndose seis factores que explican 65% de la varianza total. Dichos factores son el componente 1,

con reactivos que corresponden a la dimensión de Intimidad; el componente 2, con reactivos que pertenecen a la dimensión de Muerte y agonía; el componente 3, con reactivos que conciernen a las dimensiones de Participación/aislamiento y Actividades pasadas, presentes y futuras; el componente 4, con reactivos que corresponden a la dimensión de Capacidad sensorial; el componente 5, con reactivos que pertenecen a la dimensión de Autonomía, y el componente 6, con reactivos que conciernen a la dimensión de Actividades pasadas, presentes y futuras. La Tabla 3 muestra la varianza explicada y consistencia interna en cada una de estas dimensiones, así como sus respectivas medias y desviaciones estándar.

Tabla 3. Estructura factorial del WHOQOL-OLD en el estudio.

Reactivos	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Compañía	.739					
Amor	.863					
Amar	.880					
Amado	.822					
Morir		.862				
Miedo		.913				
Asustado		.888				
Dolor		.809				
Suficiente			.718.			
Tiempo			.735			
Nivel			.698			
Comunidad			.594			
Ilusión			.695			
Problema				.867		
Pérdida				.878		
Relación				.765		
Función				.484		
Libertad					.701	
Control					.698	
Respeto					.753	
Capaz					.768	
Oportuno						.535
Merecer						.520
Conseguir						.663
<i>Varianza explicada</i>	<i>13.05%</i>	<i>12.94%</i>	<i>11.67%</i>	<i>10.34%</i>	<i>8.84%</i>	<i>8.17%</i>
<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>.876</i>	<i>.898</i>	<i>.745</i>	<i>.808</i>	<i>.675</i>	<i>.573</i>
<i>Media</i>	<i>13.31</i>	<i>14.26</i>	<i>17.78</i>	<i>14.28</i>	<i>13.08</i>	<i>10.70</i>
<i>D. E.</i>	<i>3.55</i>	<i>4.05</i>	<i>2.92</i>	<i>3.22</i>	<i>2.69</i>	<i>1.96</i>

Como se mencionó anteriormente, cabe resaltar que un reactivo que originalmente pertenece a la dimensión de Actividades pasadas, presentes y fu-

turas (reactivo alusivo a estar contento con hacer cosas que ilusionan) se ubicó en este análisis junto con los reactivos de la dimensión de Participación/

aislamiento. Finalmente, la consistencia interna para el total de los reactivos fue de .84.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-OLD, en su versión en español, para adultos mayores del sur del estado de Sonora (México), donde el cuestionario mostró propiedades psicométricas satisfactorias. En este estudio, la consistencia interna del instrumento en español, tanto en el total de sus reactivos como en sus dimensiones específicas, es aceptable y similar a lo informado sobre adultos mayores españoles y de otros países en diferentes continentes (Lucas-Carrasco y cols., 2011; Power y cols., 2005). Cabe mencionar, por un lado, que la dimensión de Actividades pasadas, presentes y futuras mostró una consistencia interna baja (en el análisis factorial realizado en este estudio, tal dimensión se construyó solamente con tres reactivos, lo que posiblemente sea la razón de su baja consistencia interna); por otro lado, la dimensión de Autonomía logra una consistencia un poco menor de .70, lo cual coincide con lo informado por Lucas-Carrasco y cols. (2011).

En este estudio, la validez divergente y convergente del WHOQOL-OLD en español se evidenció con altas correlaciones significativas (negativas y positivas, respectivamente) entre los puntajes de calidad de vida con puntajes de depresión y bienestar subjetivo, tal como se informa en los resultados de González-Celis y Sánchez-Sosa (2003) y Lucas-Carrasco y cols. (2011), lo que indica que el WHOQOL-OLD es una medida sensible al estado de ánimo del adulto mayor y es útil en contextos clínicos donde se desea intervenir para mejorar el estado de ánimo.

En términos de validez discriminante y respecto a las asociaciones entre el WHOQOL-OLD y variables sociodemográficas como el sexo, grupo de edad, nivel educativo, estatus de salud y presencia o ausencia significativas de síntomas de depresión, se encontró que los hombres puntúan más alto en calidad de vida que las mujeres, pero tal diferencia no es significativa, lo que es similar a lo que informan Lucas-Carrasco y cols. (2011),

mientras que los participantes más jóvenes (60-79 años) puntúan significativamente más alto en calidad de vida que los mayores de 80 años, contrariamente a lo hallado en el citado estudio. Lo anterior indica que la edad cronológica es una experiencia similar en los adultos mayores, donde las personas enfrentan más retos entre más años tienen, por lo que se esperarían cambios consistentes en su calidad de vida. De igual manera, los bajos niveles de educación se asocian con una baja calidad de vida, así como el estar enfermo y con presencia significativa de síntomas de depresión. Estos hallazgos son semejantes a los informados en el estudio de Lucas-Carrasco y cols. (2011).

Por otro lado, las dimensiones identificadas en el WHOQOL-OLD a través del análisis factorial coinciden con las que se encuentran en la literatura científica (Lucas-Carrasco y cols., 2011; Power y cols., 2005). Se identificaron el mismo número de dimensiones (seis en total), así como la distribución correcta de los reactivos en sus respectivas facetas, con excepción de un reactivo de la dimensión de Actividades pasadas, presentes y futuras, que se ubicó en la dimensión de Participación/aislamiento. Este traslape quizá se deba a que los reactivos en ambas dimensiones abarcan actividades que caen en el mismo concepto de "actividades de la vida diaria", que incluye actividades básicas, instrumentales, laborales, de ocio y sociales, lo que implica que la persona puede involucrarse en algo más que actividades básicas y tomar parte en el medio ambiente externo dirigiéndose a otros e involucrándose en actividades que lo enriquezcan (Horgas, Wilms y Baltes, 1998).

Como el WHOQOL-OLD proporciona un puntaje global de calidad de vida para los adultos mayores que cuenta con una amplia validez, los clínicos pueden utilizarlo para entender mejor el bienestar general de sus pacientes, en vez de solo utilizar mediciones de síntomas específicos. Por ello, el WHOQOL-OLD tiene una amplia utilidad en contextos clínicos cuando se usa como una medida de bienestar general (Lucas-Carrasco y cols., 2011). En este contexto, y como línea futura de investigación, el WHOQOL-OLD se utilizará en un estudio posterior que evaluará el impacto de una intervención psicológica en la percepción de calidad de vida, la frecuencia de actividades de ocio, la satisfacción asociada a dicha frecuencia y la pre-

sencia de síntomas depresivos en adultos mayores de la misma zona del país, esto con base en dos

componentes de intervención: educación para el ocio y activación conductual.

REFERENCIAS

- Acosta, Ch. y García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Ardalan, A., Mazaheri, M., Vanrooyen, M., Mowafi, H., Nedjat, S., Naieni, K. y Russel, M. (2011). Post-disaster quality of life among older survivors five years after the Bam earthquake: implications for recovery policy. *Ageing & Society*, 31, 179-196.
- Bodur, S. y Cingil, D. (2009). Using WHOQOL-BREF to evaluate quality of life among Turkish elders in different residential environments. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(7), 652-656.
- Brink, T. y Yesavage, J. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K. y Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593-602.
- Chan, S., Chiu, H., Chien, W., Goggins, W., Thompson, D. y Hong, B. (2009). Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1171-1179.
- González-Celis, A. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis doctoral. México: UNAM.
- González-Celis, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 43-58.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A., Richards, S., Taylor, R., Edwards, R., Greaves, C. y Campbell, J. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20, 57-67.
- Horgas, A., Wilms, H. y Baltes, M. (1998). Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist*, 38(5), 556-567.
- Kvamme, J., Olsen, J., Florholmen, J. y Jacobsen, B. (2011). Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: The Tromso Study. *Quality of Life Research*, 20, 575-582.
- La Grow, S., Sudnongbua, S. y Boddy, J. (2011). The impact of visual disability on the quality of life of older persons in rural Northeast Thailand. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105(6), 361-369.
- Lasisi, A. y Gureje, O. (2010). Disability and quality of life among community elderly with dizziness: report from the Ibadan Study of Ageing. *The Journal of Laryngology & Otology*, 124, 957-962.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lucas, R. (2007). Perspectiva internacional de calidad de vida en las personas mayores. Proyecto WHOQOL-OLD. *Vertex*, 18(72), 130-137.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Ageing & Mental Health*, 15(5), 595-604.
- 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.
- Naglie, G., Hogan, D., Krahn, M., Beattie, L., Black, S., MacKnight, C., Freedman, M., Patterson, Ch., Borrie, M., Bergman, H., Byszewski, A., Streiner, D., Irvine, J., Ritvo, P., Comrie, J., Kowgier, M. y Tomlison, G. (2011). Predictor of patient self-ratings of quality of life in Alzheimer disease: Cross-sectional results from the Canadian Alzheimer's Disease Quality of Life Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 881-890.
- Porto, D., Guedes, D., Fernandes, R. y Reichert, F. (2012). Perceived quality of life and physical activity in Brazilian older adults. *Motricidade*, 8(1), 33-41.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. & the WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Rodríguez, S., Oliveira, A., Duarte, A., Nogueira, A. y Ferreira, E. (2012). Implications of edentulism on quality of life among elderly. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 9, 100-109.
- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2002). La calidad de vida en ancianos. En L. Reynoso e I. Seligson (Drs.): *Psicología y salud*. México: UNAM-CONACYT.
- Sudnongbua, S., La Grow, S. y Boddy, J. (2010). Feelings of abandonment and quality of life among older persons in rural Northeast Thailand. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 25, 257-269.
- Sun, X., Lucas, H., Meng, Q. y Zhang, Y. (2011). Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: A study from China. *Quality of Life Research*, 20, 359-369.

- The EuroQoL Group (1990). EuroQoL: A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Winter, Y., Korchounov, A., Zhukova, T. y Bertschi, N. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 2(1), 27-32.