

Original

## Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática

Raúl Barceló Reyna, Martha Ornelas Contreras, Humberto Blanco Vega

Universidad Autónoma de Chihuahua, México

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 1 de julio de 2020

Aceptado el 9 de octubre de 2020

Online el 27 de septiembre de 2021

*Palabras clave:*

Calidad de Vida Relacionada con la Salud  
Cuestionario SF-36  
Personas mayores

### R E S U M E N

*Introducción:* El número de personas mayores se incrementa exponencialmente a escala global; por eso, diversas investigaciones determinan la autopercepción de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de este sector poblacional.

*Objetivo:* Valorar las percepciones que manifiestan personas mayores de diversos países en las dimensiones que evalúan la CVRS del cuestionario SF-36.

*Métodos:* Se realizó una revisión sistemática de la producción científica publicada en las bases de datos Scopus, EBSCO, PubMed y LILACS durante los meses junio del 1992-julio del 2020.

*Resultados:* Se incluyeron 17 estudios que implicaron 79542 personas mayores de nueve países. Las mejores percepciones se manifestaron en la dimensión Función Social; las más bajas fueron para Salud General y Vitalidad.

*Conclusión:* El instrumento SF-36 es una herramienta pertinente para evaluar la CVRS en personas mayores de diversos países. Estas, al manifestar su percepción de la misma, otorgan un peso determinante a la dimensión Función Social.

## Use of the SF-36 Health Questionnaire in older persons. Systematic review

### A B S T R A C T

*Introduction:* The number of elderly people increases exponentially on a global scale, therefore, various investigations determine the self-perception of Health-Related Quality of Life (HRQoL) of this population sector.

*Goal:* To assess the perceptions reported by elderly people in various countries on the dimensions that evaluate the HRQoL of the SF-36 questionnaire.

*Method:* A systematic review of the scientific production published in the Scopus, EBSCO, PubMed y LILACS databases during the months of June 1992-july 2020 was conducted.

*Results:* Seventeen studies involving 79,542 elderly people from nine countries were included. The best perceptions were manifested in the Social Functioning dimension; the lowest were for General Health and Vitality.

*Conclusion:* The SF-36 questionnaire is a pertinent tool to assess the HRQoL in elderly people from various countries. These people, by expressing their perception, give a determining weight to the Social Functioning dimension.

*Keywords:*

Health-Related Quality of Life  
SF-36 questionnaire  
Older people

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [p344927@uach.mx](mailto:p344927@uach.mx) (R. Barceló Reyna).

## Introducción

El envejecimiento demográfico es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de los más grandes desafíos. La sociedad actual avanza a pasos agigantados hacia una población que exhibirá un porcentaje cada vez superior de personas mayores. Esto, entre otros aspectos, es el resultado del incremento de la esperanza de vida junto a una disminución considerable de las tasas de fecundidad. De ahí que se precisen intervenciones que favorezcan la atención a este sector poblacional ([Organización Mundial de la Salud, \[OMS\], 2018](#)).

Dado el marcado índice de envejecimiento a escala mundial y las consecuencias del mismo, cobra mayor importancia el hecho de envejecer con calidad de vida. La calidad de vida es un constructo amplio que incluye tanto indicadores objetivos como subjetivos, que van desde las condiciones de vida, hasta la evaluación de las situaciones características de la vida personal. Esto se complejiza aún más para la población de personas mayores, pues en la vejez se perciben y experimentan los resultados de todo el ciclo vital ([Wagner et al., 2018](#)).

La autopercepción de calidad de vida en personas mayores, está determinada por diferentes variables que en otros grupos de edad no se consideran importantes. Aunque existen multiplicidad de criterios, se destacan aspectos como la jubilación, pérdida de la estructura familiar ligada a factores propios de la edad, cambio de roles sociales, familiares y laborales, incapacidad funcional y la salud; siendo este último entre todos los factores, uno de los más impactantes en la calidad de vida (S. E. [Rodríguez, 2017](#)); ([Campos, León, y Rojas, 2018](#)).

En la vejez, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es resultado de la vida que asumieron y siguieron las personas mayores, influenciado por el contexto físico, social y económico en el que interactúan ([Salgado, Noa, Matos, Cardero, y Castillo, 2016](#)). En términos de bienestar general, la CVRS debe entenderse como el estado subjetivo que se le atribuye a la satisfacción con la vida y el equilibrio emocional, como reflejo de la solvencia de las necesidades y la capacidad de adaptación de las personas mayores a las nuevas condiciones de vida ([Boggatz, 2016](#)).

Las personas mayores, debido a su considerable grado de vulnerabilidad, constituyen un grupo de especial interés para estimar la CVRS ([Cardona, Giraldo, y Maya, 2016](#)). Los instrumentos que la evalúan, se fundamentan en constructos multidimensionales que abarcan diferentes ámbitos vitales y se nutren de la información de aspectos subjetivos de estos. Como resultado, es posible encontrar individuos que presenten factores comunes y se desempeñen en entornos similares, e incluso iguales, que manifiesten diferentes autopercepciones de su calidad de vida ([Palacios, Arango, Ordoñez, y Alvis, 2019](#)).

Para evaluar la CVRS existen múltiples instrumentos; una clasificación general de estos los divide en específicos y genéricos. Los primeros, la evalúan en personas con determinadas condiciones (generalmente enfermedades). Mientras los segundos, pueden utilizarse tanto en poblaciones sanas o sin un estado distintivo, como en grupos de personas enfermas. Los instrumentos de medida de CVRS para la población general, pueden utilizarse además en poblaciones de personas mayores; aunque para estas, se desarrollaron instrumentos específicos. Entre ellos, los cuestionarios *World Health Organization Quality of Life for Older People* (WHOQOL-OLD) y *World Health Organization Quality of Life*, version breve (WHOQOL-BREF), ambos propuestos y validados por la OMS.

La revisión de las publicaciones científicas realizadas en los últimos cinco años, evidenció que entre los instrumentos que más se utilizan para evaluar la CVRS en personas mayores se encuentran los siguientes: EuroQol 5D ([The EuroQol Group, 1990](#)); WHO-

QOL-OLD ([Power, Quinn, y Schmidt, 2005](#)); WHOQOL-BREF (WHO QOL Group, 1998); así como el Cuestionario de Salud SF-36 ([Ware Jr y Sherbourne, 1992](#)) y sus versiones más simplificadas (SF-12, SF-8 y SF-6).

Entre los instrumentos genéricos que más se utilizan en personas mayores, el Cuestionario de Salud SF-36 es el más referenciado en diversas latitudes del planeta. Este, es una escala genérica, cuyo propósito original era evaluar los resultados de tratamientos médicos; sin embargo, es de gran utilidad para valorar la CVRS tanto en poblaciones generales como en subgrupos específicos de personas sanas y enfermas. La validez, confiabilidad y consistencia interna de este instrumento se constata en numerosas investigaciones ([Stein, 2016](#)).

El SF-36 consta de 36 ítems que detectan estados positivos y negativos centrados en el estado funcional y el bienestar emocional. Se encuentra subdividido en ocho dimensiones; adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior, la cual no se utiliza para el cálculo de ninguna de las ocho dimensiones principales. El contenido de cada dimensión se resume de la manera siguiente:

**Función Física:** mide el grado en que las afectaciones a la salud limitan las actividades físicas, por ejemplo: el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, sujetar o transportar y cargar objetos.

**Rol Físico:** examina cuánto las afectaciones a la salud interfieren en el trabajo y otras actividades de la vida diaria (AVD), de modo que se traduzca en un rendimiento menor o limitado de las actividades que puedan realizar o la dificultad de las mismas.

**Dolor Corporal:** explora cómo el dolor percibido se proyecta en el trabajo habitual y las AVD.

**Salud General:** indaga la percepción que tienen las personas sobre su estado de salud, incluye la situación actual, perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

**Vitalidad:** busca la percepción del sentimiento de energía y la cualidad de tener vida frente al cansancio y el desánimo.

**Función Social:** examina en qué medida los problemas emocionales derivados de su estado de salud, interfieren en la vida social habitual.

**Rol Emocional:** mide en qué grado los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias tomando en consideración la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero.

**Salud Mental:** explora la salud mental en general, considerando aspectos como la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

A partir de la demostrada validez, confiabilidad y consistencia interna del SF-36, así como la variabilidad de criterios acerca de las variables y dimensiones predictoras de CVRS en personas mayores, resultaría interesante contrastar las percepciones que se manifiestan para las dimensiones que integran dicho instrumento, al utilizarse en sujetos de diversos países. De este modo, sobre la base de los hallazgos se podría inferir con mayor precisión, cuáles serían esas variables y dimensiones determinantes de CVRS y cuáles de ellas pudieran manifestarse con tendencias inalterables, independientemente del contexto en el que se evalúen.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, el presente estudio pretende responder la interrogante siguiente: ¿Cuáles serán las percepciones que manifiestan personas mayores de diversos países en las dimensiones que evalúan la CVRS del cuestionario SF-36? De este modo, se expone como propósito: valorar las percepciones que manifiestan personas mayores de diversos países en las dimensiones que evalúan la CVRS del cuestionario SF-36.

## Método

### Tipo de estudio

Se desarrolló una revisión sistemática de la literatura con base en la declaración PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010).

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática de la producción científica publicada en las bases de datos Scopus, EBSCO, PubMed y LILACS. Las estrategias de búsquedas incluyeron los términos siguientes: “calidad de vida relacionada con la salud” y “adultos mayores”, “health related quality of life” and “older adults”, “qualidade de vida relacionada à saúde” e “idosos”. Como operador booleano se utilizó AND. Los artículos identificados se exportaron al programa EndNote Web, con el propósito de evitar duplicados.

### Criterios de inclusión

Se incluyeron los artículos con las características siguientes:

- Artículos originales con diseño de investigación transversal que refieran la evaluación de la CVRS en personas mayores mediante el instrumento SF-36.
- Muestras integradas por sujetos de una población general (sin condiciones de salud específicas) no institucionalizados, de ambos géneros con una edad mayor o igual a 60 años.
- Resultados con puntuaciones obtenidas para cada una de las dimensiones que conforman el instrumento.
- Publicados en idioma español, inglés o portugués, durante los meses junio del 1992-julio del 2020.

La aplicación de los criterios de inclusión se realizó por el investigador principal y la segunda investigadora de forma independiente, para garantizar la reproducibilidad en la selección de la información. Las discrepancias se resolvieron por consenso y referencia al tercer investigador.

### Criterios de elegibilidad

Los artículos incluidos obtuvieron una calidad de estudio «alta», de acuerdo con los criterios establecidos por el instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales de los autores Berra, Elorza, Estrada y Sánchez (2008). Este instrumento, evalúa la calidad de los artículos a partir de la evidencia científica que aportan en relación con las dimensiones siguientes: a) pregunta u objetivo de investigación; b) participantes; c) comparabilidad entre los grupos estudiados; d) definición y medición de las variables principales; e) análisis estadístico y confusión; f) resultados; g) conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados, y h) conflicto de intereses.

### Extracción y manejo de los datos

Los datos fueron extraídos por el investigador principal y comprobados de manera independiente por la segunda investigadora. Las discrepancias entre investigadores se solventaron por el tercer investigador. Los tres investigadores poseían dominio del propósito del estudio y de los procedimientos para llevar a término el proceso investigativo. Además, contaban con experiencia previa en la extracción y manejo de datos científicos, por lo tanto, no se requirió de capacitación.

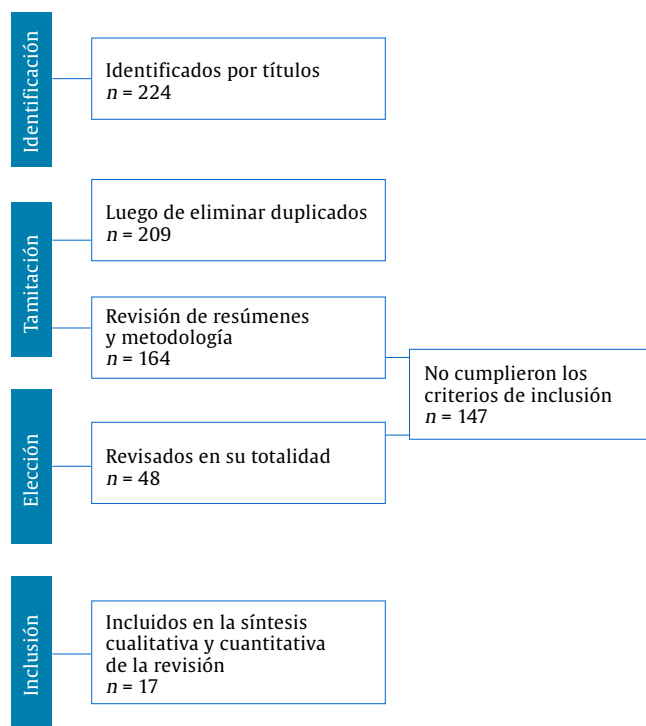
Para recopilar la información necesaria, confeccionar tablas y gráficos se utilizó el programa *Microsoft Excel del Office 2016*. La base de datos incluyó las variables bibliométricas siguientes: autores; año; título; objetivo; país; idioma; base de datos donde se obtuvo el artículo; revista donde se publicó; muestra; género; rango de edad; muestreo utilizado; variables sociodemográficas y de estilos de vida y puntuaciones reportadas para las dimensiones que integran el instrumento SF-36.

Con el propósito de precisar los datos de algunos artículos incluidos, se contactó con los autores y estos los facilitaron. La base de datos se diligenció por duplicado para garantizar la reproducibilidad en la extracción de la información. Para la caracterización de los estudios, el análisis de la información, así como facilitar el proceso de discusión de los resultados, se realizaron cálculos de frecuencias absolutas y relativas, así como los estadísticos descriptivos media, desviación estándar, mínimo y máximo en el *software R* para *Windows 4.0.2*.

## Resultados

### Selección de estudios

Inicialmente se identificaron 224 estudios, los que se redujeron a 209 al eliminar duplicados. La aplicación inicial de los criterios de inclusión los limitó a 164 y fue necesaria la revisión total de 48. Finalmente 147 estudios no cumplieron los criterios de inclusión, seleccionándose solo 17 para formar parte de la síntesis cualitativa y cuantitativa de la revisión (Ver [Figura 1](#)).



**Figura 1.** Flujograma del proceso de selección de artículos.  
Fuente: elaboración propia.

### Características de los estudios

En la [Tabla 1](#) se exponen las particularidades de los estudios seleccionados. En síntesis, en los 17 estudios se involucraron un to-

**Tabla 1**

Particularidades de los estudios seleccionados

No	Referencia, país	Objetivo	Muestra, Género%, (Rango de edad)	Muestreo	Variables sociodemográficas y de estilos de vida
1	López-Ortega y Konigsberg (2020) México	Analizar el impacto demográfico, condiciones socioeconómicas y de salud en la CVRS de personas mayores de la comunidad judía en México	294 43% mujeres; 57% hombres (60>80)	Probabilístico Aleatorio simple	Estado civil; convivencia; lugar de nacimiento; nivel educacional; ocupación; condición económica; contactos con familiares y amigos; enfermedades
2	Liao, Kao, Peng y Chang (2020) Taiwán	Determinar la asociación entre actividad física y CVRS en personas mayores	188 49% mujeres; 51% hombres (>65)	Probabilístico Aleatorio simple	Nivel educacional; convivencia; enfermedades
3	Scarabottolo et al. (2019) Brasil	Analizar la asociación entre las dimensiones de actividad física y las de CVRS en personas mayores	400 58% mujeres; 42% hombres (60-97)	Probabilístico Aleatorio simple	Nivel educacional; vivienda; condición económica; estado civil
4	Etxeberria, Urdaneta y Galdona (2019) España	1) Analizar las diferencias en la percepción de CVRS entre adultos mayores jóvenes y longevos. 2) Investigar tres predictores de CVRS: salud física, capacidad cognitiva global y factores psicosociales	257 58% mujeres; 42% hombres (65-104)	Probabilístico Aleatorio simple	Estado civil; nivel educacional; convivencia; ocupación
5	Gallegos et al. (2019) México	Evaluar el uso combinado de servicios preventivos de salud, la práctica de actividad física y su asociación con la CVRS de adultos mayores	1085 58% mujeres; 42% hombres (60-98)	Probabilístico Aleatorio simple	Estado civil; nivel educacional; ocupación; consumo de alcohol y tabaco
6	Medhi et al. (2019) India	Explorar el estado funcional y su asociación con las dimensiones de CVRS en personas mayores de un entorno urbano de Assam	300 51% mujeres; 49% hombres (60-95)	Probabilístico Aleatorio simple	Nivel educacional; estado civil; enfermedades
7	Chaves, Sandoval y Calero (2017) Colombia	Determinar la asociación entre capacidad aeróbica y CVRS en adultos mayores	121 76% mujeres; 24% hombres (65-76)	No probabilístico intencional	Estado civil, enfermedades
8	Quintal et al. (2017) Portugal	Determinar si las relaciones entre CVRS y sus factores predictores difieren en función del componente físico y mental entre adultos mayores jóvenes y longevos	802 50% mujeres; 50% hombres (69-95)	Probabilístico estratificado	Convivencia; estilos de vida, enfermedades
9	Barile et al. (2016) Estados Unidos	Determinar la asociación entre los indicadores de salud que evalúan el SF-36 y la escala CDC Healthy Days	66269 60% mujeres; 40% hombres (65 >80)	Probabilístico Aleatorio simple	Condición económica; nivel educacional; raza
10	Costa, Driusso y Oishi (2014) Brasil	Comparar la confiabilidad y validez convergente de instrumentos de evaluación de CVRS en adultos mayores brasileños	278 88% mujeres; 12% hombres (60-91)	No probabilístico, intencional	Nivel educacional
11	Harouni et al. (2013) Irán	Determinar la relación entre apoyo social y CVRS en adultos mayores	180 59% mujeres; 41% hombres (65>90)	No probabilístico, intencional	Estado civil; nivel educacional; ocupación; convivencia
12	Masel, Graham, Reistetter, Markides y Ottenbacher (2009) Estados Unidos	Determinar la relación entre fragilidad y CVRS en adultos mayores mexicanoamericanos	1008 64% mujeres; 36% hombres (>60)	Probabilístico Aleatorio simple	Estado civil; nivel educacional; condición económica; enfermedades
13	Gallegos et al. (2008) México	Establecer la asociación entre el uso de servicios de atención médica y CVRS en adultos mayores	1150 58% mujeres; 42% hombres (>60)	Probabilístico Aleatorio simple	Estado civil; nivel educacional; ocupación; actividad física; consumo de alcohol y tabaco; enfermedades
14	Eshaghi, Ramezani, Shahsanaee y Pooya (2006) Irán	Determinar si el SF-36 es apropiado para evaluar la CVRS en poblaciones geriátricas	100 22% mujeres; 88% hombres (60-90)	No probabilístico, intencional	Estado civil; nivel educacional; ocupación; vivienda; condición económica
15	Cleary y Howell (2006) Estados Unidos	Determinar la percepción de CVRS en personas de 65 años o más del sureste de Idaho rural	95 63% mujeres; 37% hombres (65-95)	No probabilístico, intencional	Etnicidad; nivel educacional; convivencia; consumo de medicamentos; condición económica; seguro médico
16	Guallar-Castillón, Peralta, Banegas, López y Rodríguez-Artalejo (2004) España	Examinar la relación entre práctica de actividad física y CVRS de la población adulta mayor en España	3066 54% mujeres; 46% hombres (>60)	Probabilístico por conglomerados polietápicos	Nivel educacional; tamaño del municipio de residencia; condición de ser cabeza de familia; ocupación del cabeza de familia; consumo de alcohol y tabaco
17	López-García et al. (2003) España	Obtener valores de referencia del Cuestionario de Salud SF-36 para la población española en grupos quinquenales de edad	3949 56% mujeres; 44% hombres (60>85)	Probabilístico por conglomerados polietápicos	Estado civil; nivel educacional; situación laboral del cabeza de familia; ocupación

Nota.

tal de nueve países, con representación de los continentes asiático (23.5%), europeo (23.5%) y americano (53%), siendo Estados Unidos, México y España los países que concentran el mayor número de publicaciones. Las personas mayores implicadas ascendieron a 79542, el 84.7% de ellas estadounidenses y existió un predominio de las mujeres, quienes representaron el 57% del total.

Los artículos se publicaron en los idiomas inglés (76.5%), español (17.6%) y portugués (5.9%); entre los años 2003-2020 y fueron obtenidos en las bases de datos Scopus (47.1%), PubMed (29.4%) y EBS-CO (23.5%). Sus propósitos fueron variados, pese a esto la mayoría asoció la CVRS con diversas variables. Predominaron los muestreos probabilísticos y todos reportaron el cumplimiento de los preceptos bioéticos.

**Tabla 2**

Estadísticos descriptivos resumen para las dimensiones del SF-36

Dimensiones	Media	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Función Física	66.5	10.5	42.4	80.3
Rol Físico	66	14.7	44.4	88.2
Dolor Corporal	69	8.4	47.3	81.5
Salud General	59.2	8.7	47.3	74.3
Vitalidad	60.8	8.4	40.2	74.4
Función Social	78.7	10.4	48.4	94.3
Rol Emocional	73.3	15	44.7	91.9
Salud Mental	70	7.9	51.6	82.2

Nota.

En la **Tabla 2** se presentan los estadísticos descriptivos resumen para las dimensiones del SF-36. La **Figura 2**, muestra las puntuaciones manifestadas en las dimensiones que evalúan la CVRS del cuestionario SF-36. Las mejores percepciones se encontraron en la dimensión Función Social (78.7). En cambio, las dimensiones menores puntuadas fueron Salud General (59.2) y Vitalidad

(60.8); sin embargo, la mayor dispersión de datos se manifestó en las dimensiones Rol Emocional (15) y Rol Físico (14.7).

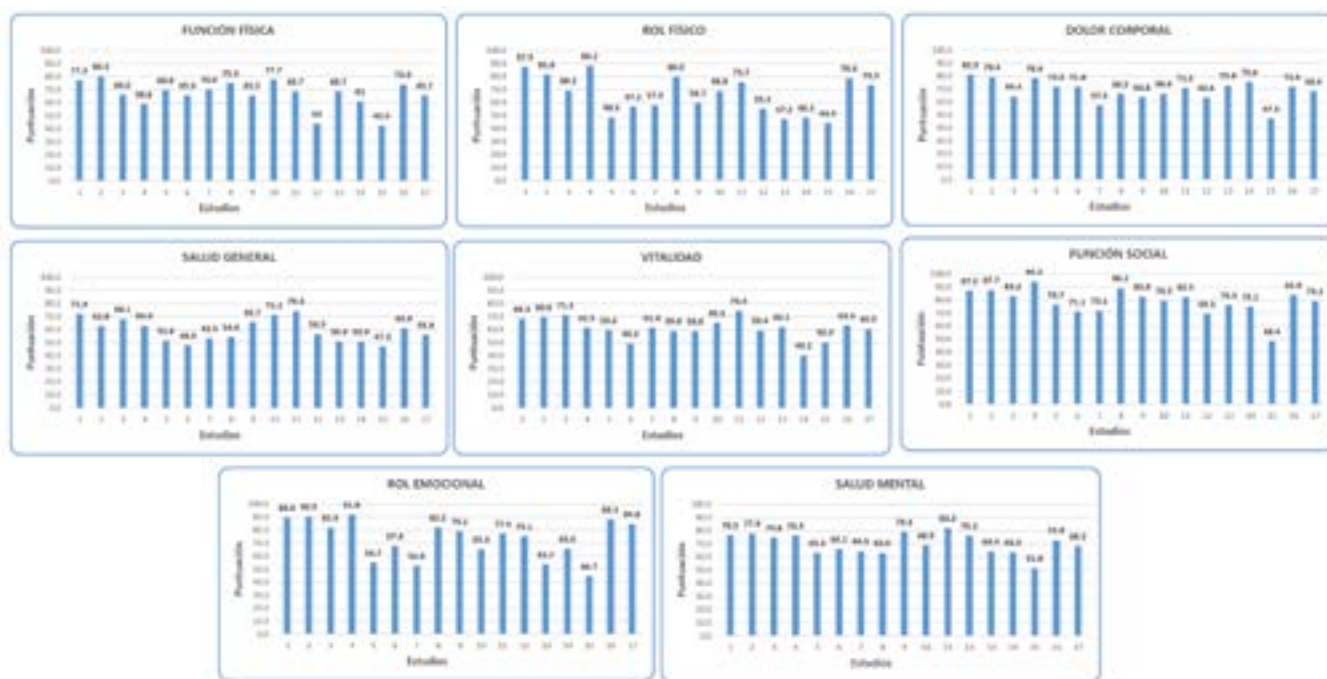
**Discusión**

El ser humano es un ente biopsicosocial, por tanto, los estímulos a los que se exponga modifican íntegramente su autopercepción de CVRS. A pesar de eso, una valoración de las percepciones que manifiestan personas mayores de diversos países en las dimensiones que evalúan la CVRS del cuestionario SF-36, aportará argumentos que posibilitarán comprender aspectos determinantes en la calidad de vida para este sector poblacional.

Entre las dimensiones de la CVRS las mejores percepciones se manifiestan en Función Social. Las investigaciones de [Etxeberria, Urdaneta y Galdona \(2019\)](#) y [Quintal et al. \(2017\)](#) reportan los mejores resultados. Independientemente del estado actual de salud en que se encontraban las personas estudiadas, este no obstaculizó de modo importante el desempeño social con familiares, amigos, vecinos u otras personas. Lo anterior reafirma la importancia que le atribuyen las personas mayores a su rol en la sociedad y cómo esto a su vez contribuye a su estabilidad física y emocional. Así lo constató [M. Rodríguez \(2019\)](#), quien expone que se expresa una correspondencia entre la integración social y las dimensiones Salud General, Vitalidad, Función Social y Salud Mental.

Las dimensiones menores puntuadas fueron Salud General y Vitalidad, al respecto las percepciones más bajas se manifestaron en el estudio publicado por [Medhi et al. \(2019\)](#). Estos autores encontraron que cerca del 35% de los participantes en su estudio, tenían limitaciones que les dificultaba el óptimo desempeño en las AVD; entretanto, reportaron una correlación positiva entre la CVRS y la capacidad de realización de las AVD. Sin dudas, ambas manifestaciones condujeron a esos resultados.

Hasta cierto punto el que se manifiesten bajas percepciones para Salud General y Vitalidad; o en el caso de la dimensión Dolor Cor-



**Figura 2.** Puntuaciones obtenidas en las dimensiones que evalúan la CVRS del cuestionario SF-36. Fuente: elaboración propia.

poral percepciones que superan ligeramente la media, no es un hallazgo sorprendente. En personas mayores es común la acumulación de dolencias y enfermedades que pueden propiciar situaciones de dependencia. Esto contribuye a que expresen bajas percepciones de CVRS, pues al manifestarlas, tienen en cuenta su condición actual de salud, sentimiento de energía y perspectivas futuras. Lo anterior, coincide con lo expuesto por Peláez, Acosta y Carrizo (2015), quienes argumentan que la persona mayor generalmente manifiesta una autopercepción positiva de su salud, cuando no tiene enfermedades crónicas y no necesita ayuda.

En cambio, para estas mismas dimensiones la investigación de Harouni et al. (2013) obtiene las percepciones más altas. Si bien es válido considerar que este estudio involucró una muestra pequeña, y que su muestreo fue intencional (personas mayores asistentes a casas culturales), los autores concluyen que se manifiesta una correlación positiva entre el apoyo social en todas sus formas y las dimensiones de la CVRS. Esto corrobora lo determinante que es el desempeño social de las personas mayores en su autopercepción de CVRS.

La mayor dispersión de datos se manifestó en las dimensiones Rol Físico y Rol Emocional. La dimensión Rol Físico, se encuentra íntimamente relacionada con Función Física. De hecho, las medias de las percepciones generales sólo difieren en medio punto. Este hallazgo, sugiere que las personas mayores perciben limitaciones en la realización de las AVD como consecuencia del deterioro paulatino de su estado general de salud. En este sentido, evidencias científicas demuestran que en personas mayores se reportan mejores percepciones de CVRS, en tanto se ha sido más físicamente activo y muy superiores en aquellas que mantienen prácticas sistemáticas de actividades físicas, las que expresan puntuaciones superiores para las dimensiones Función Física y Rol Físico (Santos et al., 2019).

En este orden, la investigación de Chaves, Sandoval y Calero (2017), encontró una asociación significativa entre el género, la capacidad aeróbica y las dimensiones Función Física y Función Social. No obstante, la capacidad aeróbica sólo explicó en un 15.3% la Función Física; esto demuestra la naturaleza multicausal de estos procesos. Por su parte, los autores Liao, Kao, Peng y Chang (2020), concluyeron que las personas mayores con superiores niveles de actividad física, manifiestan mejor percepción de CVRS; esto coincide con los resultados obtenidos por Herazo-Beltrán et al. (2017).

Algo cuestionable para ambos estudios es el limitado tamaño muestral; a pesar de eso, los resultados expuestos por Scarabottolo et al. (2019) indican que las personas mayores que participan en algún deporte o en actividades físicas grupales, manifiestan una capacidad funcional superior y una mejor percepción de CVRS, independientemente de sus comorbilidades. Resultados similares reportan Gallegos et al. (2008) y Gallegos et al. (2019) quienes al indagar en muestras que superaron los 1000 participantes encontraron que las personas mayores físicamente activas y que utilizan los servicios de salud preventiva, manifiestan mejores puntuaciones en la CVRS percibida.

En la dimensión Rol Emocional se manifestó una gran dispersión en los datos. La misma, guarda relación con Salud Mental pues exploran estados de ánimos y emociones, aunque en el caso de esta última la dispersión fue mínima. En la vejez las personas son más propensas a múltiples fluctuaciones emocionales. Si bien las causas suelen ser múltiples, habitualmente se asocian con el cambio de rol social, dependencia, pérdida o distanciamiento de familiares y amigos, temor a perder la vida, entre otras. Entre los estudios seleccionados, las mejores percepciones para esta dimensión se obtuvieron de la publicación realizada por Etxeberria et al. (2019). Los autores encontraron que el funcionamiento emocional es una de las variables más potentes y con mayor capacidad predictiva para la CVRS en personas mayores.

Estos resultados concuerdan con diversas investigaciones que argumentan que las personas mayores no expresan menor feli-

cidad, bienestar, afectividad o satisfacción con la vida, incluso al compararlos con los más jóvenes (Segura, Sosa, Castillo, y Gutiérrez, 2019); (Góngora y Castro, 2018). Entre sus aportaciones se encuentran las siguientes: a partir de los 60 años, la experiencia emocional negativa es menos frecuente; a esas edades se expresa más "felicidad, gratitud, alegría", que "tristeza y frustración". La edad permite una mayor cohesión entre cognición y afectos, lo cual favorece que las personas mayores logren regular las emociones; esto conduce a que maximicen los aspectos positivos y minimicen los negativos.

Con relación a las variables sociodemográficas y de estilos de vida, aunque todas las investigaciones incluídas las contemplaron y algunas de ellas indican su influencia en la calidad de vida; Guallar-Castillón, Peralta, Banegas, López y Rodríguez-Artalejo (2004) no detectaron que las mismas modificaran de modo apreciable las percepciones de CVRS. Esto coincide con lo publicado por Etxeberria (2016) y Parra-Rizo (2017), quienes encontraron que generalmente las personas mayores otorgan más importancia a la autonomía y factores emocionales, que a la economía y la vivienda. No obstante, es acertado sostener que las diferencias culturales y variables como género, nivel educativo, estado civil, entre otras, intervienen en la CVRS (López-Ortega y Konigsberg, 2020).

Aun cuando las dimensiones que integran el constructo CVRS posibilitan realizar valoraciones independientes, estas se encuentran íntimamente relacionadas, de manera que deben entenderse como un todo, que en su conjunto modifican y condicionan la autopercepción de salud en personas mayores. Aun así, los hallazgos de esta revisión sugieren que existe una dimensión determinante de la CVRS y se manifiesta con mínúsculas fluctuaciones, más allá de las culturas divergentes y variables sociodemográficas y de estilos de vida interactuantes, esta es: Función Social. Por lo tanto, se considera que dicha dimensión debe tenerse en cuenta al planificar y desarrollar intervenciones que persigan el incremento en la calidad de vida de dicho sector poblacional.

### *Limitaciones de la revisión*

Entre las limitaciones para esta revisión se debe señalar que varios de los estudios seleccionados utilizaron muestras pequeñas y muestreos no probabilísticos, lo que limitó la potencia de sus resultados. Por otra parte, no se pudo profundizar en las valoraciones de los hallazgos, pues no se dispuso de los factores mediadores entre las percepciones de CVRS y las diferentes variables asociadas, dado que los análisis estadísticos de los estudios se sustentaron en el uso de modelos de regresión lineal simple o múltiples.

### **Conclusiones**

Los resultados de esta revisión evidencian el marcado interés internacional por determinar la autopercepción de CVRS en personas mayores. Al respecto, se constató que el instrumento SF-36 es una herramienta pertinente para evaluarla. Las personas mayores le atribuyen especial importancia a su rol en la sociedad. Su participación en actividades sociales contribuye a la estabilidad física y emocional y a manifestar una mejor percepción de CVRS. En la persona mayor que envejece su condición actual de salud, perspectivas futuras y sentimiento de energía, favorecen que manifieste menores percepciones en las dimensiones Salud General y Vitalidad. Asimismo, el deterioro paulatino del estado general de salud influenciado por multiplicidad de factores, contribuye a una gran variedad de percepciones en las dimensiones Rol Físico y Rol Emocional. Inde-

pendientemente de la diversidad de contextos y variables sociodemográficas y de estilos de vida interactuantes, las personas mayores al manifestar sus percepciones de CVRS le otorgan un peso determinante a la dimensión Función Social.

En el objeto estudiado priman las investigaciones con diseños transversales. En virtud de esto, la influencia de variables sociodemográficas en la autopercepción de CVRS es aún controversial; por esta razón, indagaciones futuras deberán considerar una mayor utilización de diseños longitudinales. Por otra parte, revisiones posteriores deberán involucrar estudios con muestras de personas mayores portadoras de condiciones de salud específicas, así como institucionalizadas, que permitan diversas comparaciones entre grupos y hagan más robustas las inferencias en cuanto a factores determinantes de la CVRS.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Se considera oportuno expresar el agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT), pues el autor principal disfruta de una beca para la formación doctoral, otorgada por esta institución.

### Referencias

- Barile, J. P., Horner, W., Krahn, G., Zack, M., Miranda, D., De Michele, K., . . . Thompson, W. W. (2016). Measurement characteristics for two health-related quality of life measures in older adults: The SF-36 and the CDC Healthy Days items. *Disability and health journal*, 9(4), 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.04.008>
- Berra, S., Elorza, J. M., Estrada, M. D., y Sánchez, E. (2008). Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gaceta sanitaria*, 22(5), 492-497.
- Boggatz, T. (2016). Quality of life in old age—a concept analysis. *International journal of older people nursing*, 11(1), 55-69. <https://doi.org/10.1111/opn.12089>
- Campos, T., León, A., y Rojas, G. (2018). *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Santiago de Chile.
- Cardona, J. A., Giraldo, E., y Maya, M. A. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médica UIS*, 29(1), 17-27. <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n1-2016002>
- Chaves, M., Sandoval, C., y Calero, P. (2017). Asociación entre capacidad aeróbica y calidad de vida en adultos mayores de una ciudad colombiana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 672-676. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.34.4.2522>
- Cleary, K. K., & Howell, D. M. (2006). Using the SF-36 to determine perceived health-related quality of life in rural Idaho seniors. *Journal of allied health*, 35(3), 156-161.
- Costa, P., Driusso, P., & Oishi, J. (2014). Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 63-67. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004783>
- Eshaghi, S. R., Ramezani, M. A., Shahsanaee, A., & Pooya, A. (2006). Validity and reliability of the Short Form-36 Items questionnaire as a measure of quality of life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences*, 3(3), 1763-1766.
- Etzeberria, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(2), 57-69. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i2.159>
- Etzeberria, I., Urdaneta, E., & Galdona, N. (2019). Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. *Quality of Life Research*, 28(8), 2221-2231.
- Gallegos, K., García, C., Durán, C., Mudgal, J., Durán, L., & Salmerón, J. (2008). Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute. *Salud pública de México*, 50(3), 207-217.
- Gallegos, K., Honorato, Y., Macías, N., García, C., Flores, Y. N., & Salmerón, J. (2019). Preventive health services and physical activity improve health-related quality of life in Mexican older adults. *Salud pública de México*, 61(2), 106-115. <https://doi.org/10.21149/9400>
- Góngora, V., y Castro, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 18(1), 72-83.
- Guallar-Castillón, P., Peralta, P. S.-O., Banegas, J. R., López, E., y Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Medicina clínica*, 123(16), 606-610. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74616-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74616-3)
- Harouni, M. D., Hosseini, M., Majd, H. A., Yaghmaie, F., Montazeri, A., Barzegar, H. H. G., & Ibrahim, A. (2013). Social support and health-related quality of life among older adults: a descriptive study. *Report and Opinion*, 5(12), 1-6.
- Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., y Suarez-Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.
- Liao, Y. H., Kao, T. W., Peng, T. C., & Chang, Y. W. (2020). Gender differences in the association between physical activity and health-related quality of life among community-dwelling elders. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01597-x>
- López-García, E., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Gutiérrez-Fisac, J. L., Alonso, J., y Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina clínica*, 120(15), 568-573. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73775-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73775-0)
- López-Ortega, M., & Konigsberg, M. (2020). Health-related quality of life among Jewish older persons in Mexico and its determinants. *Health and quality of life outcomes*, 18(152), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01401-4>
- Masel, M. C., Graham, J. E., Reistetter, T. A., Markides, K. S., & Ottenbacher, K. J. (2009). Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. *Health and quality of life outcomes*, 7(1), 70-77. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-70>
- Medhi, G. K., Sarma, J., Pala, S., Bhattacharya, H., Bora, P. J., & Visi, V. (2019). Association between health related quality of life (HRQOL) and activity of daily living (ADL) among elderly in an urban setting of Assam, India. *Journal of family medicine and primary care*, 8(5), 1760-1765. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_270\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_270_19)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Palacios, U., Arango, M., Ordoñez, J. E., y Alvis, N. (2019). Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis acumulativo. *CES*, 12(3), 80-90. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.6>
- Parra-Rizo, M. A. (2017). Componentes de influencia más valorados en la calidad de vida por las personas mayores de 60 años físicamente activas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 7(3), 135-144. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v7i3.202>
- Peláez, E., Acosta, L., y Carrizo, E. (2015). Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 638-648.
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197-2214. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Quintal, É. R., Gouveia, B. R., Ihle, A., Kliegel, M., Maia, J. A., i Badia, S. B., & Freitas, D. L. (2017). Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 26(6), 1561-1569. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1502-z>
- Rodríguez, M. (2019). El bienestar social y su relación con la salud y la calidad de vida en personas adultas mayores. *Pensamiento Actual*, 19(33), 121-135. <https://doi.org/10.15517/pa.v19i33.36563>
- Rodríguez, Y. D. (2017). *Envejecimiento: Evaluación e interpretación psicológica: Manual Moderno*.
- Salgado, M., Noa, M., Matos, D., Cardero, D., y Castillo, Y. (2016). Influencia de algunos factores biopsicosociales en el bienestar subjetivo de adultos mayores institucionalizados. *Medisan*, 20(10), 2195-2201.
- Santos, J., Petrica, J., Cardoso, R., Serrano, J., Batista, M., Honório, S., & Maia, L. (2019). Self-perception of life quality and the practice of physical activity in elderly. *Journal of Human Sport & Exercise*, 14(5), S1391-S1394. <https://doi.org/10.14198/jhse.2019.14.Proc4.82>
- Scarabottolo, C. C., Cyrino, E. S., Nakamura, P. M., Tebar, W. R., da Silva Canhinh, D., Gobbo, L. A., & Christofaro, D. G. D. (2019). Relationship of different domains of physical activity practice with health-related quality of life among community-dwelling older people: a cross-sectional study. *BMJ open*, 9(6), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027751>
- Segura, A. P., Sosa, M., Castillo, R., y Gutiérrez, J. M. (2019). Evaluación del efecto de una intervención en inteligencia emocional en adultos mayores. *PSICUMEX*, 9(2), 35-50.
- Stein, A. C. (2016). *Relación entre actividad física, salud percibida, bienestar subjetivo, depresión y enfermedades crónicas en personas mayores*. (Tesis Doctoral), Universidad de León.

- The EuroQol Group. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, 16(3), 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.med-cli.2010.01.015>
- Wagner, M., Rietz, C., Kaspar, R., Janhsen, A., Geithner, L., Neise, M., . . . Zank, S. (2018). Quality of life of the very old. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(2), 193-199.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- WHO QOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>