

Calidad de Vida y Salud

Alberto Castellón
Sánchez del Pino
Manuel Aleixandre

Grupo
de Investigación
de Gerontología.
Universidad
de Granada

Correspondencia:
Alberto Castellón Sánchez
del Pino
Master Universitario
de Gerontología Social.
Facultad de Psicología
18071 Granada
E-mail:
cassan@arrakis.es

Resumen

Fundamento. La gran parte de las personas mayores presentan una calidad de vida satisfactoria y afrontan razonablemente bien las consecuencias del envejecimiento y de la vejez.

La calidad de vida ha ido evolucionando como una concepción social producto de la construcción de un colectivo en un contexto específico con relación a sus propias necesidades, ideologías, culturas, etc.

El objetivo principal del estudio es evaluar la relación entre la calidad de vida autopercebida y el estado de salud integral de los mayores

Métodos. Hemos entrevistado a 450 sujetos mayores, de la provincia de Granada, de ambos sexos. Para la realización del estudio se han empleado dos instrumentos, integrados en una entrevista estructurada, la escala de calidad de vida subjetiva (Morag Farquhar), y otra serie de preguntas sobre la influencia de los diferentes factores psicosociales en la calidad de vida, la autopercepción del propio estado de salud, la presencia o no de enfermedades crónicas y 17 cuestiones sobre la presencia de diferentes síntomas somáticos.

Resultados. Hemos comprobado la correlación importante entre salud y calidad de vida autopercebida y la relación de ambas con la presencia de un número moderado o bajo molestias somáticas (dolor de cabeza, vértigos, achaques digestivos, dificultades visuales y/o auditivas, etc.).

No hemos encontrado relación entre el padecimiento de una enfermedad crónica y la calidad de vida autopercebida. La calidad de vida subjetiva es mayor en los hombres que en las mujeres, quizás porque el envejecimiento es percibido por la mujer como más negativo.

Los mayores asocian estrechamente un buen estado de salud con una buena calidad de vida. Existen factores sociales de especial influencia en la salud autopercebida como los amigos, el nivel económico y el nivel académico alcanzado. Las patologías crónicas no influyen sobre la autopercepción de la calidad de vida en la medida que están controladas terapéuticamente.

Conclusiones. Comprobamos en la investigación que sólo condiciona el nivel de calidad de vida un número importante de síntomas subjetivos, que asimismo influyen sobre la autopercepción del estado de salud.

Palabras clave: Calidad de vida. Anciano. Estado de salud. Quejas o achaques.

Summary

Background. Most of elderly people show us a satisfactory quality of life and all the consequences of ageing and the old age faced up quite well.

The quality of life has been evolving as social conception; is its the result of a collective creation within an specific context related to its own ideologies, culture, necessities... etc.

The main aim in the study is evaluate the relation between the selfperceived quality of life and the whole health condition in elderly people.

Methods. 450 male and female elderly people, have been interviewed from the province of Granada (Spain). The research has been realized using two instruments belonging to an structured interview, the subjective quality of life scale (Morag Farquhar) and questions about the influence of different psychosocial factors on the quality of life, the subjective perception of the own health, if there is or there is not chronic diseases and 17 questions about the existence of different somatic symptoms.

Results. We have shown the great correlation between health and the quality of life autoperceived and the relation to a moderate or low presence of somatic discomfort (headache, vertigo, digestive ailments, visual problems and/ or auditives problems).

We haven't found the relation between suffering from a chronic disease and the quality of life selfperceived.

The subjective quality of life is higher in men than women, maybe because the ageing is perceived by women more negatively. Elderly people closely relate to be in good health and a satisfactory quality of life. Friends, economic availability, academic achievements, etc. are social factors with great influence on selfperceived health.

Chronic pathologies haven't got influence over autoperceived health as long as they are therapeutically controlled.

Conclusions. The research has shown that only an important number of subjective symptoms have influence over the quality of life level, and similarly over the health conditions.

Key words: Quality of life. Elderly people. Health condition. Ailments.

La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social (Alma-Ata, OMS 1978 y 1982)¹. Desde los años 80 gran número de investigaciones gerontológicas se están centrando en los factores que afectan a la calidad de vida², en la medida que esta se convierte un indicador de envejecimiento satisfactorio³. La calidad de vida ha ido evolucionando como una concepción social producto de la construcción de un colectivo en un contexto específico en relación a sus propias necesidades, ideologías, culturas, etc., así hablar de calidad de vida es por un lado hablar de las variables que intervienen en las diversas facetas que componen la vida humana, y por otro lado, tal como afirma Morag Farquhar⁴ es un área de investigación actual que está cobrando día a día especial relevancia tanto a nivel psicológico, sociológico, histórico, etc. Un ejemplo de este interés creciente ha sido la creación del "Amsterdam Collaborating Center for Research and Training in Methods of Assessment of quality of Life in Relation to Health Care" que en 1992 inició la publicación de la revista "Quality of Life Research".

Si intentamos profundizar en el análisis conceptual del término calidad de vida, debemos decir en primer lugar que no es un concepto simple por lo que una definición exacta es algo complejo de abordar⁵. El término calidad de vida podemos considerarlo como un constructo, un término teórico que no es directamente observable y su aplicación sería diferente para los sociólogos, psicólogos o profesionales de la salud⁶.

La calidad de vida puede ser medida a través de indicadores objetivos, tales como la perspectiva de vida, el nivel de salud, los ingresos, la actividad social, etc., y a través de indicadores subjetivos⁷. Nosotros vamos a analizar en este artículo esta segunda dimensión: la calidad de vida subjetiva, y lo vamos a hacer a partir del supuesto de que es un elemento clave en el envejecimiento satisfactorio, el cual se apoya en el grado de satisfacción y bienestar percibido.

La calidad de vida está mediatizada por una serie de variables. El concepto de calidad de vida es un concepto comportamental. La salud y otros recursos de la vida son medios para una vida de cantidad y de calidad. Baltes⁸ afirma que la ontogénesis global de la mente y del comportamiento humano es dinámica, multidimensional, multifuncional y no lineal, actuando por eso, aquellos aspectos ontogenéticos caracterizados por lo contextual, lo adaptativo, lo probabilístico y la dinámica autoorganizativa de nuestro complejo y poliédrico comportamiento. Esa apertura comportamental nos posibilita diferencialmente una vida de calidad.

La autopercepción de la calidad de vida es definida como un juicio global positivo respecto a la propia vida. Es una valoración subjetiva con la manifestación verbal de esa valoración. Para poder medirla debemos interrogar a los mayores⁹.

En estas valoraciones subjetivas los mayores y jóvenes no parecen tener diferencias, sin embargo no existen en la literatura excesivas investigaciones sobre los factores que influyen en esta percepción subjetiva de calidad de vida¹⁰.

Los factores psicosociales relacionados con la autopercepción de calidad de vida de los mayores, considerados tradicionalmente por la literatura gerontológica como de gran influencia para la misma son (Siegler, 1983, Koeming, 1993; Arber y Ginn) (1994): la familia¹¹, los amigos, los estudios realizados (nivel académico alcanzado)¹², el trabajo desempeñado, el estado de Salud¹³, la disponibilidad económica, otras circunstancias materiales, la vivienda, el entorno donde vive.

De acuerdo con la bibliografía revisada parece ser que las variables psicosociales están más fuertemente asociadas a la autopercepción de la calidad de vida que las sociodemográficas¹⁴.

Los objetivos de nuestra investigación han sido los siguientes:

1. Análisis de la autopercepción del estado de salud en cada sujeto, diferenciado por sexos.
2. Análisis de la relación existente entre la calidad de vida autopercebida (subjetiva) y la autopercepción del estado de salud
3. Análisis de la relación entre la autopercepción del estado de salud con las variables psicosociales indicadas.
4. Estudio de la relación entre la autopercepción de la calidad de vida y el padecimiento de una enfermedad crónica desde el punto de vista subjetivo.
5. Análisis de la relación existente entre la calidad de vida autopercebida, la autopercepción del estado de salud y diferentes síntomas físicos o quejas somáticas (dolor de cabeza, sensación de vértigo, falta de aliento, tensión alta, achaques cardiacos, inflamación de piernas, molestias de estomago, hígado o vesícula, dificultades para moverse, temblores, desmayos, molestias de apetito, trastornos del sueño, diabetes, trastornos de memoria y dificultades visuales y/o auditivas).

Métodos

Sujetos

La población de nuestra investigación estuvo constituida por sujetos residentes de derecho en la provincia de Granada con edades superiores a los 65 años. El número de sujetos que componen la muestra fue de 450 sujetos y dado que el universo de media (habitantes de derecho de la provincia de Granada de 65 años o más) es de 100.757 sujetos y admitiendo un nivel de confianza del 95,5% obtuvimos un margen de error de $\pm 4,7\%$.

Por lo que se puede afirmar que los resultados de nuestra investigación poseen el rango de representatividad y generalización necesario y suficiente.

Al segmentar la muestra en función del sexo y de la edad y aplicando la fórmula de segmentación por estratos se rebajó el error muestral a $\pm 3,8\%$.

Instrumentos

Para la realización del estudio se han empleado dos instrumentos, integrados en una entrevista estructurada:

- a. Escala de calidad de vida subjetiva (Morag Farquhar).

Como indicador global de la calidad de vida subjetiva se ha empleado el instrumento creado por Morag Farquhar (1995) que valora la calidad como muy negativa, negativa, neutral, positiva y muy positiva. Este material consiste en dos preguntas tipo Likker, en la primera se pide al sujeto que valore cual es la percepción que tiene de su calidad de vida, y en la segunda se le pide que realice la misma valoración comparándose con otros sujetos de las mismas características sociodemográficas.

- b. Valoración de la influencia de los diferentes factores psicosociales en la calidad de vida y la autopercepción del propio estado de salud (dos preguntas tipo Likker). También varias cuestiones de respuesta afirmativa o negativa: la presencia de enfermedades crónicas y 17 cuestiones sobre la presencia de diferentes síntomas somáticos (Tabla 1).

Procedimiento

El trabajo de campo ha sido realizado por voluntarios entrenados. Para la selección de los elementos de la muestra se asignó a cada uno de los entrevista-

dores un número determinado de encuestas, con indicaciones concretas del número que dentro de la cifra general correspondía a cada estrato de la muestra, y con explicaciones exactas de como debían localizar a los sujetos a encuestar. Los mayores se han entrevistado en su propio domicilio, siendo informados de las características de las pruebas y firmando el consentimiento antes de su administración.

Una vez realizados los cuestionarios, los datos han sido sometidos a análisis estadístico:

- Con el fin de averiguar si las diferencias entre hombres y mujeres (salud autopercebida) eran significativas hemos realizado la prueba t de Student para muestras relacionadas.
- Con el objeto de saber si existía relación entre las dos primeras variables (salud autopercebida y calidad de vida) hemos establecido una correlación bivariada de Pearson.
- En tercer lugar hemos establecido una correlación de Pearson bilateral entre la variable salud autopercebida y cada una de las variables psicosociales descritas que pueden influir nada o mucho en la misma.
- Hemos realizado una prueba de contraste no paramétrica de Mann-Witney para ver si existía relación entre el padecimiento de enfermedad crónica (punto de vista subjetivo) y la calidad de vida autopercebida.
- Finalmente hemos realizado una correlación de Pearson bilateral entre las variables subjetivas de calidad de vida y salud y los síntomas o quejas somáticas expresadas por los mayores. Hemos distribuido el número de síntomas en tres niveles (Pocas quejas, nivel medio y muchas quejas) y realizado un análisis de varianza (ANOVA) para ver si la diferencia entre las medias era significativa. Mediante la prueba de Scheffe vemos cuales son las mayores diferencias entre los grupos.

Resultados

1. Hemos determinado que percepción tiene el mayor sobre su propia salud, tratando de averiguar si los hombres tienen en líneas generales, una mejor o peor percepción de su salud que las mujeres (Figura 1). Hemos encontrado diferencias entre ambas percepciones subjetivas.

Para averiguar si estas diferencias eran o no estadísticamente significativas realizamos una prueba t de Student, en la que se alcanzó un valor de t: 2,30 con un nivel de significación de 0,045.

¿Cómo valoraría la calidad de vida que Vd. tiene?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
¿Cómo valoraría la calidad de vida que Vd. tiene, comparándose con otras personas?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
Valore como influyen los diferentes factores psicosociales en la calidad de vida:					
- La familia	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- Los amigos	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- El nivel academico alcanzado	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- El trabajo que realizó	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- La salud	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- El nivel económico	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- Otras circunstancias materiales	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- La vivienda	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
- El entorno general donde vive	Mucho	Bastante	Regular	Poco	Nada
¿Cómo considera Vd. su estado de salud actual?	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
¿Padece Vd. alguna enfermedad crónica?	Sí	No			
¿Padece Vd.?	Sí	No			
- Dolor de cabeza					
- Sensación de vértigo					
- Falta de aliento					
- Tensión alta					
- Achaques cardíacos					
- Inflamación en piernas					
- Molestias de estómago					
- Molestias de hígado o vesícula biliar					
- Dificultad deambulación					
- Temblores					
- Lipotimias o desmayos					
- Molestias de apetito					
- Disturbios del sueño					
- Diabetes					
- Trastornos memoria					
- Dificultades visuales					
- Dificultades auditivas					

Tabla 1. Cuestionario de calidad de vida y salud

Por ello, dado el valor de la significación de t ($p < 0,05$), rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa en la que se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en lo referido a la salud autopercebida. Estas diferencias son favorables a los hombres que perciben su salud como mejor que las mujeres.

2. Tratamos de averiguar si existe relación entre la autopercepción de la calidad de vida y la autopercepción del propio estado de salud. Para ello establecemos una correlación de Pearson bilateral entre estas variables. Comprobamos que existe relación estadísticamente significativa entre la autopercepción de la calidad de vida y la autopercepción del estado de salud actual ($r < 0,05$) (Tabla 2).

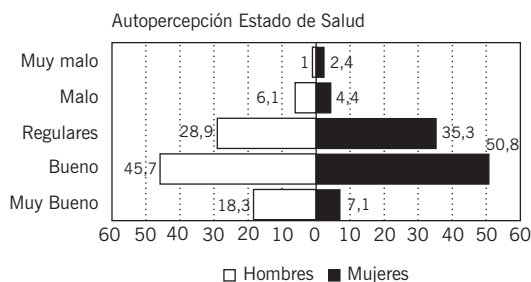
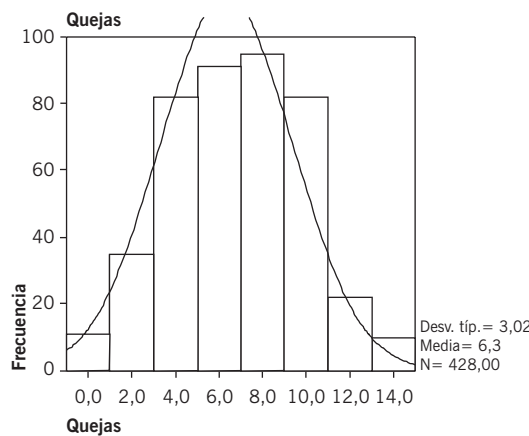


Figura 1. Puntuación en el indicador calidad subjetiva de salud en función del sexo

3. Establecemos una correlación de Pearson bilateral entre las variables autopercepción del estado de salud y cada uno de los factores psicosociales del entorno convivencial que pue-

den influir nada, poco, regular, bastante o mucho en la primera (Tabla 3). Hay relación estadísticamente significativa entre la autopercepción del estado de salud y diferentes factores del entorno convivencial de la persona, en concreto los amigos ($r < 0,05$), el nivel académico alcanzado ($r < 0,05$) y la disponibilidad económica ($r < 0,01$). No hemos encontrado correlación con los demás factores psicosociales.

Figura 2. Gráfico de frecuencias de síntomas o quejas somáticas



- Realizamos una comparación entre el padecimiento de alguna enfermedad crónica y la autopercepción de la calidad de vida, mediante prueba no paramétrica de Mann-Whitney, no encontrando significación estadística (Sig. 0,067).
- Realizamos un estudio estadístico de frecuencias de los síntomas o quejas somáticas expresadas por los mayores en la investigación. Podemos ver con un máximo de 17 quejas o síntomas en 449 mayores encuestados, la mayor frecuencia se encuentra entre 6-7 quejas (Figura 2).

Relacionamos el número de quejas somáticas con la autopercepción de la calidad de vida y la autopercepción del estado de salud actual, mediante una correlación de Pearson bilateral, encontramos relación estadísticamente significativa entre el número de quejas o síntomas somáticos y la autopercepción de la calidad de vida. También hay relación entre el número de quejas y la autopercepción del estado de salud actual (Tabla 4).

Distribuimos el número de quejas somáticas en tres niveles (pocas quejas, nivel medio y muchas quejas) (Figura 3) y las comparamos con la autopercepción de calidad de vida (Valoración general de calidad de vida) y autopercepción del estado de salud (Salud 1), realizando un análisis de varianza. (Tabla 5). Vemos que las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas.

Realizamos una prueba de Scheffé para ver cuales son las mayores diferencias entre grupos (Tabla 6).

Posteriormente mediante prueba de Scheffé mostrando las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos y usando tamaño de la muestra de la media armónica (Muchas quejas, Nivel medio y Pocas quejas), comparamos la autopercepción de la calidad de vida, el número de quejas o síntomas

Tabla 2. Correlación de Pearson bilateral entre las variables subjetivas: calidad de vida y estado de salud

Autopercepción del estado de salud actual	Autopercepción de la calidad de vida
Correlación de Pearson	,377**
Sig.(bilateral)	,000
N	449

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 3. Correlación de Pearson entre estado de salud autopercebida y amigos, nivel académico y disponibilidad económica

	Autopercepción del estado de salud actual	
Los amigos	Correlación de Pearson	,226**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	437
El nivel académico alcanzado	Correlación de Pearson	,126**
	Sig. (bilateral)	,009
	N	428
La disponibilidad económica	Correlación de Pearson	,106*
	Sig. (bilateral)	,027
	N	433

*La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

somáticos y la autopercepción del estado de salud (Salud 1) (Figura 4).

Finalmente realizamos con los puntos de columna y fila, una Normalización canónica para ver la relación en distribución dimensional de la autopercepción o valoración de la calidad de vida y la autopercepción del estado de salud (Salud 1) (Figura 5).

Discusión

1. Hemos encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres sobre la autopercepción de la calidad de vida, quizás porque el envejeci-

	Número de "quejas"
Autopercepción de la calidad de vida	
Correlación de Pearson	-,240**
Sig. (Bilateral)	,000
N	428
Autopercepción del estado de salud actual	
Correlación de Pearson	-,583**
Sig. (Bilateral)	,000
N	428

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 4.
Correlación de Pearson. Número de síntomas o quejas somáticas con autopercepción de la calidad de vida y autopercepción del estado de salud

ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Valoración general calidad de vida					
Inter-grupos	11,944	2	5,972	8,989	,000
Intra-grupos	282,362	425	,664		
Total	294,306	427			
Salud 1					
Inter-grupos	95,328	2	47,664	88,947	,000
Intra-grupos	227,744	425	,536		
Total	323,072	427			

Tabla 5.
Análisis de varianza para ver si los sujetos con distintos niveles de quejas o síntomas subjetivos presentan diferencias significativas en valoración de calidad de vida y salud autopercebida (SALUD 1)

Scheffé Comparaciones múltiples							
Variable dependiente	(I) Quejas	(J) Quejas	Diferencia de medias (I-J)	Error Típico	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Valoración general calidad de vida	Pocas quejas	Nivel medio	,24	,102	,063	-9,62E-03	,49
		Muchas quejas	,49*	,115	,000	,20	,77
	Nivel medio	Pocas quejas	-,24	,102	,063	-,49	9,62E-03
		Muchas quejas	,25*	,094	,033	1,53E-02	,48
	Muchas quejas	Pocas quejas	-,49*	,115	,000	-,77	-,20
		Nivel medio	-,25*	,094	,033	-,48	-1,53E-02
Salud 1	Pocas quejas	Nivel medio	,74*	,092	,000	,52	,97
		Muchas quejas	1,38*	,104	,000	1,13	1,63
	Nivel medio	Pocas quejas	-,74*	,092	,000	-,97	-,52
		Muchas quejas	,64*	,084	,000	,43	,84
	Muchas quejas	Pocas quejas	-1,38*	,104	,000	-1,63	-1,13
		Nivel medio	-,64*	,084	,000	-,84	-,43

*La diferencia entre las medias es significativa al nivel 0,5.

Tabla 6.
Prueba de Scheffé para ver las diferencias entre las medias de quejas en valoración subjetiva de calidad de vida y salud autopercebida (SALUD 1)

miento es percibido mas negativamente por parte de la mujer.

La calidad de vida subjetiva es percibida mas positivamente por los hombres que por las mujeres, debiéndose este hecho a una serie de fenómenos que se dan frecuentemente en la vejez, y que aunque no tienen una relación lineal con el envejecimiento, están vinculados al mismo a través de terceras variables que aglutinarían una serie de acontecimientos que afectan a la satisfacción y ajuste personal, como lo son los problemas de viudedad en la mujer con sus consecuencias afectivas, económicas, de nuevos ajustes sociales, etc. Aspectos todos ellos, que en el fondo

Figura 3. Gráfico de distribución de frecuencia de quejas o síntomas somáticos en tres niveles (Pocas quejas, Nivel medio y Muchas quejas)

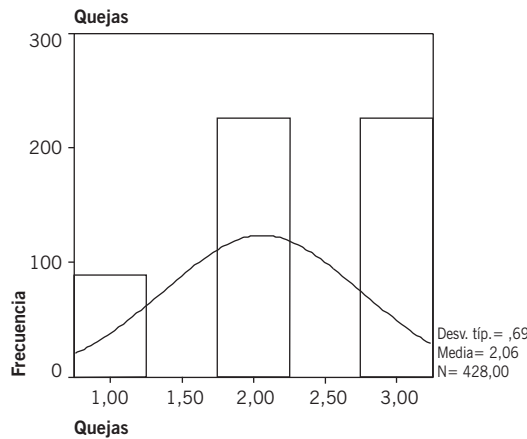


Figura 4. Diagrama de comparación de medias armónicas. Síntomas somáticos (Quejas), Autopercepción de calidad de vida (Valoración general de calidad de vida) y Autopercepción del estado de salud (SALUD 1) (Izda.)

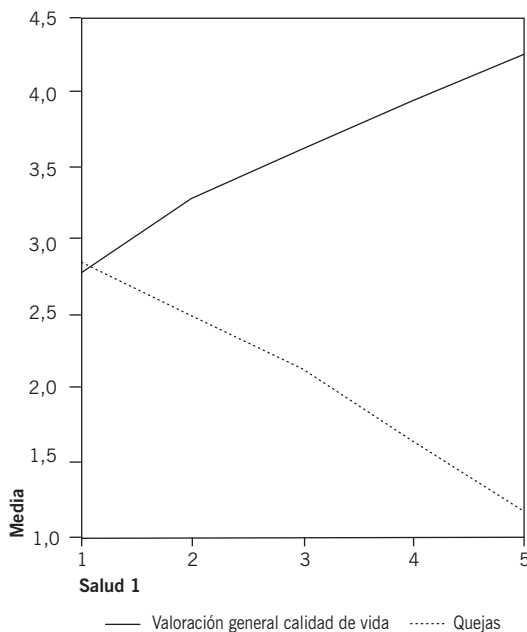


Figura 5. Diagrama de normalización canónica. Autopercepción de calidad de vida (Valoración general de calidad de vida) y Autopercepción del estado de salud (SALUD 1) (Dcha.)

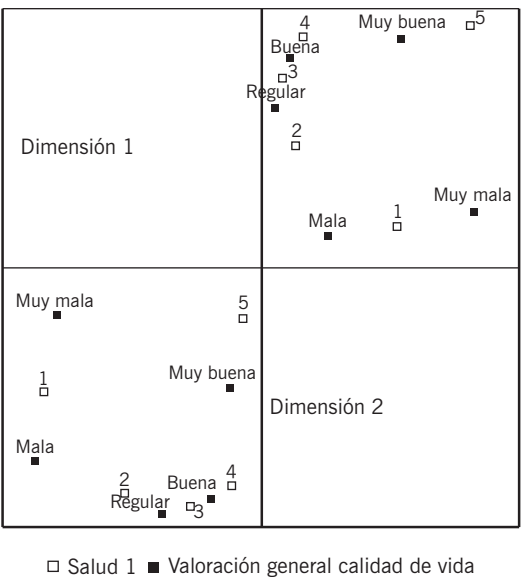
facilitan o impiden determinados estilos de vida, determinados niveles de expectativas y disfrute de la vida, resultados que también coincidirían con los obtenidos por Arber y Ginn (1994)¹¹.

2. También vemos una importante relación entre la calidad de vida percibida por el mayor y la autopercepción del estado de salud. El estado de salud óptimo es valorado como elemento fundamental para tener una buena calidad de vida. Nuestro estudio esta de acuerdo con el análisis de la bibliografía consultada¹⁵, existen importantes conexiones entre ambas variables y el tener una buena salud es la primera condición para una buena calidad de vida¹⁶. Los mayores asocian estrechamente un buen estado de salud con una buena autopercepción de la calidad de vida.

La salud es la principal preocupación de los mayores, como confirma el estudio Imserso-Cis del año 1998; en esta encuesta 2/3 de los encuestados valoran como aspectos más importantes para la calidad de vida, la salud y el poder valerse por sí mismos. Este estudio ratifica el libro Blanco "el Médico y la Tercera Edad" en el que el 74% de la muestra manifestaba que lo peor de la ancianidad eran los achaques, enfermedades y pérdidas de facultades físicas y psicológicas¹.

3. Hay una serie de factores sociales que influyen sobre la autopercepción de un estado óptimo de salud: los amigos, el nivel académico alcanzado y la disponibilidad económica.

Puntos de columna y de fila canónica normalización



Estos factores sociales son de especial influencia en la salud autopercebida en la medida que se interrelacionan con la calidad de vida.

No hemos encontrado influencia de otros factores (familia, trabajo realizado en fase productiva, vivienda, entorno). Probablemente estos factores no han sufrido variación a lo largo de su ciclo vital y no influyen de manera significativa al tratarse de una muestra social de clase media con factores sociales estables y necesidades sociofamiliares básicas satisfechas.

4. Los mayores de nuestra investigación afirman que el padecer una enfermedad crónica no tiene porque influir sobre la calidad de vida autopercebida. Las patologías crónicas no influyen sobre la autopercepción de la calidad de vida del mayor en la medida que están bien controladas terapéuticamente.

5. Existe relación entre un mayor número de síntomas somáticos y una menor calidad de vida percibida así como una menor sensación de salud.

Los sujetos que manifiestan un alto número de quejas somáticas presentan diferencias estadísticamente significativas en la percepción de calidad de vida y autopercepción del estado de salud con los sujetos que presentan un número de quejas moderado o pequeño. Es mucho menor la calidad de vida autopercebida en los sujetos con moderado o gran número de síntomas somáticos.

En nuestra investigación sólo condiciona el nivel de calidad de vida un número importante de síntomas subjetivos, que asimismo influyen sobre la autopercepción del estado de salud. Las molestias somáticas en número moderado o bajo no influyen sobre estas variables.

6. Al comparar las medias armónicas de Autopercepción de calidad de vida y autopercepción del estado de salud con número de quejas o síntomas somáticos, vemos que el mayor nivel de autopercepción de calidad de vida coincide con un menor número de "quejas" o síntomas somáticos y con mayor sensación o autopercepción de salud.

7. Realizamos una normalización canónica. Los puntos de calidad de vida autopercebida buena y muy buena coinciden con los de salud autopercebida buena y muy buena y los de peor percepción de salud se acercan a las valoraciones mala y muy mala de calidad de vida.

La calidad de vida es una variable difícil de cuantificar debido a que el componente subjetivo es muy elevado y son escasos los estudios orientados específicamente a valorarla dentro del conjunto de población gerontológica.

Los acontecimientos o eventos en el mayor tienen un impacto diferente en los sujetos y lo decisivo es como el mayor los interpreta y el significado o valor que atribuye a los mismos.

Necesitamos desarrollar nuevos instrumentos de medición de calidad de vida del mayor en diferentes contextos para poder intervenir potenciándola, aumentando las expectativas vitales dentro de una calidad integral, aumentando el crecimiento y desarrollo personal y aumentando la capacidad de participación en la toma de decisiones.

Bibliografía

1. S.E.G.G. *Geriatría XXI Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: EDIMSA, 2000.
2. Saez, Rubio, Dosil. *Tratado de Psicogerontología*. Valencia: Edit. Promolibro, 1996.
3. Ruiz, Baca. Design and validation of the quality of life questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 1992.
4. Morag Farquhar. Elderly People's definitions of quality of Life. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1439-46.
5. San Roman T. Vejez y cultura. Barcelona: Fundación "Caixa de Pensions", 1989.
6. Bandura A. *Pensamiento y acción*. De: Martínez Roca, 1987.
7. Birren J, Schaie W. *Handbook of Psychology of Aging*. Third Edition. *Academic Press* 1990.
8. Baltes PB. Alter und als Altern als unvollendete Architektur der Humanogenese. *Z Gerontol Geriat* 1999;32:433-48.
9. Baura Ortega JC, Rubio Herrera R. *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Universidad Internacional de Andalucía. Antonio Machado. Jaén: Baeza, Soproarga, 1985.
10. Fernández Ballesteros R. *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*, Barcelona: SG Editores, 1992.
11. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, 1995.
12. Rubio R. Investigaciones sobre el desarrollo cognitivo en la adultez. *Revista de Educación de la Universidad de Granada* 1982;4/90:81-96.
13. Vuori HV. El control de la calidad en los servicios sanitarios. *Conceptos y metodología*. Barcelona: SG Masson, 1988.
14. Redondo, et al. *Conceptos básicos del bienestar Social. Seminario taxonómico*. Madrid, 1987.