



Fiabilidad y validez de Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

Martha Ornelas Contreras ¹, Elia Verónica Benavides Pando ², Carlos Javier Ortiz Rodríguez ³, Raúl Barceló Reyna ⁴

Resumen

Introducción/objetivo: atender las necesidades y vulnerabilidades de la población envejecida, es una prioridad dentro de las investigaciones sociodemográficas. En tal sentido, se necesita contar con instrumentos que permitan la obtención de resultados fidedignos y proporcionen evidencias empíricas que posibiliten futuras intervenciones en este sector poblacional. Por eso, el objetivo de esta investigación fue analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36, en una muestra de personas adultas mayores. Método: se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y diseño transversal, que involucró un total de 605 sujetos residentes en la ciudad de Chihuahua, México. La estructura del cuestionario se examinó a través de análisis factoriales confirmatorios. Los resultados muestran que una estructura tetrafactorial es viable y adecuada. Resultados: el conjunto de los factores explicó cerca del 80% de la varianza, encontrándose apropiadas saturaciones factoriales para la mayoría de los ítems. Conclusiones: el análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario mostró adecuados indicadores de ajuste, fiabilidad y validez, esto ratifica su posibilidad de utilizarse en muestras de personas adultas mayores.

Palabras clave: Cuestionario SF-36; fiabilidad; validez; personas adultas mayores.

Abstract

Introduction/ objective: addressing the needs and vulnerabilities of the aging population is a priority within sociodemographic research. In this sense, it is necessary to have instruments that allow obtaining reliable results and provide empirical evidence that enable future interventions in this population sector. Therefore, the objective of this research was to analyze the psychometric properties of the SF-36 Health Questionnaire, in a sample of

adults. Methods: a study with a quantitative approach and cross-sectional design was carried out, which involved a total of 605 subjects residing in the city of Chihuahua, Mexico. The structure of the questionnaire was examined through confirmatory factor analysis. The results show that a tetrafactorial structure is viable and suitable. Results: the set of factors explained about 80% of the variance, finding appropriate factor saturations for most of the items. Conclusions: the analysis of the psychometric properties of the

ISSUE Nº1

JUNIO

2025

Recibido:

18/12/2024

Aceptado:

10/02/2025

(1) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8107-1796>

(2) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2058-7588>

(3) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5474-7744>

(4) Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9248-2988>

Persona de contacto Dr. Raúl Barceló Reyna p344927@uach.mx

Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

questionnaire showed adequate indicators of fit, reliability and validity, this confirms its possibility of being used in samples of older adults.

Key words: SF-36 Health Questionnaire; reliability; validity; older adults.

Introducción

El acelerado y sostenido proceso de envejecimiento poblacional en que se encuentra inmerso el mundo, demanda de acciones encaminadas a revertirlo, o cuando menos, paliar los efectos adversos de este fenómeno. México y el estado de Chihuahua, de igual modo se encuentran inmersos en un proceso de cambio en la distribución por edades. Esto trae consigo un notable incremento de la población de personas adultas mayores (Consejo Estatal de Población, 2017; Muñoz, 2024). Por esta razón, dentro de las investigaciones sociodemográficas, el enfoque se ha centrado en: conocer y entender las características y condiciones actuales de dicha población; el impacto de la dinámica poblacional en la sociedad y las consecuencias de este proceso, con el propósito de atender sus necesidades en el futuro (Osareme et al., 2024; Wong et al., 2021).

El envejecimiento es un proceso universal, irreversible, asincrónico e individual. Universal porque se manifiesta en todos los seres humanos. Irreversible pues finalmente es inevitable el deterioro morfofuncional de las células que conforman los seres vivos. Asincrónico puesto que, en un mismo organismo, sus sistemas no envejecen al mismo tiempo. E individual, toda vez que cada uno envejece a su propio ritmo. Esto dependerá de una multiplicidad de factores, que estarán mediados por los estilos de vida que se pongan de manifiesto durante el ciclo vital, en el contexto y entorno sociocultural donde se desempeñen los sujetos (Kuiper et al., 2024).

La vejez es una etapa normal dentro del ciclo de la vida; al igual que las etapas precedentes, posee matices positivos y negativos. Comúnmente implica pérdidas y disminución de algunas de las funciones habituales; lo que vuelve a algunas personas adultas mayores vulnerables y compromete su adaptación. Sin

embargo, otras consiguen adaptarse sin dificultad a dicho periodo, haciendo del mismo un espacio abierto a oportunidades, asumen los nuevos desafíos y manifiestan elevadas percepciones de bienestar subjetivo (Organización Mundial de la Salud, 2015; Zhou et al., 2024). Ante estas realidades, es necesario propiciar en este grupo etario, un buen estado general que les favorezca un envejecimiento saludable y apropiados niveles de calidad de vida (Kuiper et al., 2024).

La calidad de vida es un estado de equilibrio en las funciones físicas, sociales y emocionales en el que el individuo satisface sus necesidades básicas, llevándolo a experimentar bienestar (Rubio et al., 2015). En este contexto se asume que, la calidad de vida es el resultado del análisis perceptivo que la persona realiza de su propia vida. Este, se efectúa atendiendo las particularidades del entorno y contexto sociocultural en donde interactúa, y se vincula indisolublemente con sus objetivos y expectativas. De este modo, debe entenderse como un constructo amplio, determinado por la confluencia de diversos factores entre los que se destaca la salud del individuo (en el sentido más amplio del término), su autonomía, así como por su relación con actores sociales y económicos (González y Lima, 2017; Velaithan et al., 2024).

En la población de personas adultas mayores, la percepción de calidad de vida está condicionada por factores que en otras poblaciones no se consideran. Entre ellos se encuentran: modificación de los roles sociales, pérdidas familiares, la jubilación, disminución de la capacidad funcional, entre otros. Sin embargo, uno de los elementos que más determina la calidad de vida es la salud (Campos et al., 2018; Estebsari et al., 2020). Sobre el particular, debe entenderse por Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la percepción subjetiva de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo, influenciada por el estado actual de salud (Lee y Oh, 2020; Melguizo et al., 2012).

La autopercepción de salud es un indicador de gran utilidad para explorar en el estado de salud de la población de personas adultas mayores. Al respecto, son determinantes en la autopercepción positiva de salud las variables autonomía, tanto económica como para realizar las actividades de la vida diaria. Por el contrario, la presencia de enfermedades crónicas tiene un papel preponderante en la autopercepción negativa de salud (Peláez et al., 2015; Yang et al., 2021).

Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna

Una revisión exhaustiva de la producción científica publicada en los últimos años en las bases de datos Scopus, EBSCO, PubMed y LILACS, evidenció que entre los instrumentos genéricos más utilizados para evaluar la CVRS en personas adultas mayores se encuentran los siguientes: Cuestionario de Salud SF-36 y sus versiones más simplificadas (SF-12, SF-8 y SF-6); EuroQol 5D; así como el WHOQOL-OLD y el WHOQOL-BREF, ambos instrumentos propuestos y validados por la Organización Mundial de la Salud.

Aunque el Cuestionario de Salud SF-36, es de los instrumentos más utilizados para evaluar la CVRS en diversas poblaciones, mostrando valores apropiados de consistencia interna, antes de llevar a término el proceso de investigación científica, para obtener resultados fidedignos, es preciso contar con evidencias empíricas que muestren su fiabilidad y validez en la población objeto de estudio. Por este motivo, el objetivo de esta investigación es analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 en una muestra de personas adultas mayores.

Método

Tipo de Estudio y Participantes

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y diseño transversal, que involucró un total de 605 personas adultas mayores (66% mujeres y 34% hombres), residentes en comunidades de la ciudad de Chihuahua, estado de Chihuahua, México. Las edades de los participantes fluctuaron entre los 60 y 101 años, con una media de 70.7 y una desviación estándar de 8.2.

Instrumento

Se administró el Cuestionario de Salud SF-36, adaptado y validado al español por Alonso et al. (1995), a partir de la versión original de Ware Jr y Sherbourne (1992) y validado para personas adultas mayores chihuahuenses en la tesis doctoral de Aguirre (2017).

Dicho instrumento, consta de 36 ítems los que detectan estados positivos y negativos centrados en el estado funcional y el bienestar emocional; subdivididos en ocho dimensiones (factores): Función Física (FF), formada por las preguntas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12; Vitalidad (VT), integrada por los ítems 23, 27, 29 y 31; Rol Físico (RF), que agrupa 4 ítems 13, 14, 15 y 16; Dolor Corporal (DC), compuesto por los reactivos 21 y 22; Salud General (SG), que integra los reactivos 1, 33,

34, 35 y 36; Función Social (FS), formada por 2 ítems 20 y 32; Rol Emocional (RE), compuesta por las preguntas 17, 18 y 19; y Salud Mental (SM) agrupada en 5 ítems 24, 25, 26, 28 y 30; adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición (ítem 2) sobre el cambio en el estado de Salud General con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las ocho dimensiones principales.

Las opciones de respuestas son de tipo Likert, donde el número de opciones varía de 2 a 6 puntos, dependiendo del ítem; tal es el caso de los reactivos 3 y 6 que son de 3 puntos y miden la Función Física que van desde 1 es sí, me limita mucho hasta 3 es no, me limita nada; otros reactivos como el 13 y 14 miden el Rol Físico muestran respuestas dicotómicas: 1 es sí y 2 es no; reactivos como el 22 que mide el Dolor Corporal, presenta puntuaciones de 1 a 5 puntos, donde 1 es nada y 5 mucho; y finalmente reactivos como 28 y 29 que miden Salud Mental y Vitalidad respectivamente, presentan puntuaciones de 1 a 6, donde 1 es siempre y 6 es nunca; los reactivos se registran inversamente a fin de que guarden el mismo sentido.

Para esta investigación se asumieron las adaptaciones realizadas por Aguirre (2017) a la versión de (Alonso et al., 1995). En esencia, las mismas se concretan en lo siguiente: en primera instancia, el sujeto, en todos los ítems, elige entre 11 posibles respuestas. Para esto se conjugó la escala original con la versión propuesta, quedando de este modo: nada (0), poco (1, 2 y 3), regular (4, 5 y 6), mucho (7, 8 y 9) y bastante (10). Esta primera adaptación obedece a la intención de obtener una mayor variabilidad en las respuestas. Se justifica, además, porque al ser mexicanos los participantes, están habituados a la escala de 0 a 10, pues es la utilizada por el sistema educativo de México. La segunda adaptación consistió en modificar algunos términos utilizados en los ítems de la versión original, con el fin de manejar un lenguaje más apropiado al contexto y entorno sociocultural mexicano.

Procedimiento

Declaración del Comité de Ética Institucional

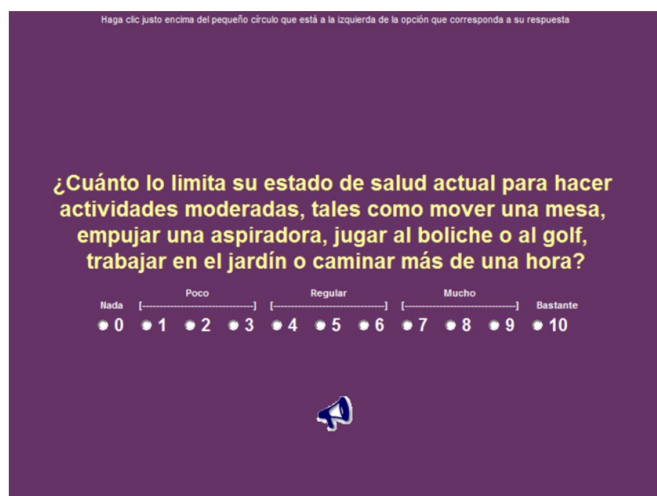
El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Cultura Física de la Universidad Autónoma de Chihuahua (07112017-106; 7 de noviembre de 2017).

Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

Se invitaron a participar personas adultas mayores residentes en la ciudad de Chihuahua, estado de Chihuahua, México; los que estuvieron de acuerdo, firmaron el consentimiento informado. Antes de administrar el instrumento, se explicó la importancia de los datos que estarían aportando y se les garantizó la confidencialidad de estos. Se detalló el proceder para responder cada uno de los reactivos y fueron esclarecidas las dudas existentes. La aplicación del cuestionario se realizó mediante una computadora personal (Figura 1); esto permitió el almacenamiento de los datos con una mayor precisión y rapidez, al no tener etapas previas de codificación.

Figura 1

Ejemplo de respuesta para los ítems del Cuestionario SF-36.



Haga clic justo encima del pequeño círculo que está a la izquierda de la opción que corresponda a su respuesta

¿Cuánto lo limita su estado de salud actual para hacer actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al boliche o al golf, trabajar en el jardín o caminar más de una hora?

Nada [Poco Regular Mucho Bastante]
 ● 0 ● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5 ● 6 ● 7 ● 8 ● 9 ● 10

Análisis de Datos

Los resultados se recopilaron por medio del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013). Estos, se analizaron a través del paquete estadístico SPSS 21.0 y el software AMOS 21.0. El análisis psicométrico se realizó mediante análisis factoriales confirmatorios, con el fin de obtener una prueba que revele evidencias empíricas del Cuestionario de Salud SF-36 en muestras de personas adultas mayores.

Para determinar la fiabilidad y validez del instrumento, se utilizaron los coeficientes Alfa de Cronbach y Omega, así como análisis factoriales confirmatorios. Se compararon tres modelos de medida: el primero (M1-SF36-8), de ocho factores correspondiente con la estructura original del cuestionario.

El segundo (M1a-SF22-8), que responde a la estructura factorial del modelo anterior, excluyendo los ítems que no fueron suficientemente bien explicados por ese modelo. El tercero (M2-SF13-4), se integró por 13 ítems, agrupados en un modelo tetrafactorial propuesto por Aguirre (2017). Para evaluar el ajuste de los modelos, como medidas absolutas de ajuste se utilizaron el estadístico Chi-cuadrado (χ^2), el índice de bondad de ajuste (GFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Como medidas de ajuste incremental se tuvieron en cuenta los índices: de bondad ajustado (AGFI), de Tucker-Lewis (TLI) y de bondad de ajuste comparativo (CFI). Por último, como medidas de ajuste de parsimonia se analizaron la razón Chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/df) y el Criterio de Información de Akaike (AIC).

Resultados

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .79; RMSEA .08; CFI .90) para el M1-SF36-8, indican que el ajuste del modelo de medición no es aceptable (Tabla 1). El conjunto de los ocho factores del modelo M1-SF36-8 explican aproximadamente el 75% de la varianza; además, seis de sus 36 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 2).

Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna

Tabla 1

Índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados.

Modelo	Índices absolutos			Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	GFI	RMSEA	AGFI	TLI	CFI	χ^2/GL	AIC
M1-SF36-8	2488.66*	.79	.08	.75	.89	.90	4.68	2684.66
M1a-SF22-8	533.22*	.93	.06	.90	.96	.97	2.95	677.22
M2-SF13-4	159.48*	.96	.06	.93	.98	.98	2.90	231.48

Nota: * $p < .05$; GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de

aproximación; AGFI = índice corregido de la bondad de ajuste; TLI = índice de Tucker-

Lewis; CFI = índice de ajuste comparativo; χ^2/GL = índice de ajuste chi cuadrado dividido

por los grados de libertad; AIC = criterio de información de Akaike

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .93; RMSEA .06; CFI .97) del modelo M1a-SF22-8, indican que su ajuste es aceptable (Tabla 1). El conjunto de los ocho factores del modelo M1a-SF22-8 explica aproximadamente el 84% de la varianza; además, dos de sus 22 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 2).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio (GFI .96; RMSEA .06; CFI .98) del modelo M2-SF13-4, indican que su ajuste es óptimo (Tabla 1). El conjunto de los cuatro factores del modelo M2-SF13-4 explica aproximadamente el 79% de la varianza; además tres de sus 13 ítems saturan por debajo de .70 (Tabla 3).

Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

Tabla 2

Solución estandarizada análisis factorial confirmatorio para los modelos M1-SF36-8 y M1a-SF22-8.

Ítem	M1-SF36-8								M1a-SF22-8							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
Pesos Factoriales																
ítem 3	.64								-							
ítem 4	.83								-							
ítem 5	.81								-							
ítem 6	.83								-							
ítem 7	.87								-							
ítem 8	.84								.83							
ítem 9	.89								.93							
ítem 10	.93								.95							
ítem 11	.89								-							
ítem 12	.72								-							
ítem 13	.92								.91							
ítem 14	.90								-							
ítem 15	.93								.93							
ítem 16	.94								.94							
ítem 21		.80							.81							
ítem 22		.94							.94							
ítem 1			.68						.69							
ítem 33			.76						-							
ítem 34			.74						.79							
ítem 35			.76						-							
ítem 36			.78						.87							
ítem 23				.64					-							
ítem 27				.77					.74							
ítem 29				.79					.80							
ítem 31				.71					.74							
ítem 20					.92				.92							
ítem 32					.88				.88							
ítem 17						.91								.91		
ítem 18						.90								.90		
ítem 19						.89								.89		
ítem 24							.67								.66	
ítem 25							.86								.89	
ítem 26							.63								-	
ítem 28							.87								.90	
ítem 30							.69								-	
Consistencia Interna																
α	.95	.95	.86	.85	.81	.89	.92	.85	.92	.95	.86	.81	.80	.89	.92	.84
Ω	.95	.95	.86	.86	.81	.89	.92	.86	.93	.94	.86	.82	.80	.89	.92	.86

Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna

Correlaciones Factores

F1	-	.83	.68	.63	.60	.72	.67	.47	-	.78	.67	.55	.57	.69	.62	.43
F2		-	.74	.66	.62	.84	.79	.56		-	.74	.58	.61	.85	.79	.54
F3			-	.75	.71	.77	.68	.65			-	.65	.73	.78	.68	.63
F4				-	.87	.74	.63	.74				-	.76	.61	.53	.58
F5					-	.75	.64	.87					-	.74	.62	.82
F6						-	.89	.73						-	.89	.71
F7							-	.68							-	.67
F8								-								-

Nota: F1 = Función Física, F2 = Rol Físico, F3 = Dolor Corporal, F4 = Salud

General, F5 = Vitalidad, F6= Función Social, F7 = Rol Emocional, F8 = Salud

Mental.

Discusión

El Cuestionario de Salud SF-36 se encuentra entre los instrumentos más utilizados para evaluar la CVRS en personas adultas mayores. Sus adecuadas propiedades psicométricas al utilizarse en dicha población se constataron en diversas publicaciones (López Peláez et al., 2021; Melchor et al., 2023; Mercuris et al., 2020; Stanghelle et al., 2020; Valdivieso-Mora et al., 2018; Zanella et al., 2023; Zhao et al., 2019).

Entre los modelos generados, el M2-SF13-4 evidenció la consistencia interna más adecuada, lo que corrobora la validez del SF-36 en esta población. El análisis factorial identificó al ítem 22, referente a la interferencia del dolor en las actividades laborales, como el de mayor contribución a la varianza total. Este hallazgo resalta el impacto significativo del dolor en la percepción de la calidad de vida de los participantes, condicionando su desempeño habitual. Sin embargo, se debe señalar que investigaciones previas (Rodríguez, 2017) no han encontrado una asociación consistente entre el dolor corporal y la calidad de vida percibida, por lo que se requieren estudios adicionales para

dilucidar esta compleja relación.

El ítem 24 del cuestionario, que evalúa la frecuencia con la que el adulto mayor se ha sentido nervioso durante el último mes, presenta una carga factorial baja (0.60), por debajo del umbral recomendado (0.70). Esta observación podría estar fundamentada en la mayor variabilidad emocional que experimentan las personas en la vejez. Diversos factores contribuyen a estas fluctuaciones emocionales, entre ellos: cambios en los roles sociales, aumento de la dependencia, pérdida o distanciamiento de seres queridos, y el temor a la muerte. A pesar de eso, investigaciones como las de Segura et al. (2019) y Góngora y Castro (2018) sugieren que la edad también puede propiciar una mayor integración entre la cognición y las emociones, permitiendo a los adultos mayores regular mejor sus afectos y enfocarse en los aspectos positivos de la vida. En este contexto, la baja carga factorial del ítem 24 podría reflejar la complejidad de las emociones en la vejez, donde la experiencia individual y la capacidad de autorregulación emocional juegan un papel fundamental en la modulación del estado anímico.

Los análisis factoriales confirmatorios (AFC) realizados

Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

Tabla 3.

Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para el Modelo M2-SF13-4

Item	F1	F2	F3	F4
Pesos Factoriales				
ítem 4	.81			
ítem 5	.78			
ítem 6	.85			
ítem 8	.86			
ítem 9	.90			
ítem 13		.86		
ítem 15		.87		
ítem 17		.77		
ítem 21			.81	
ítem 22			.94	
ítem 24				.60
ítem 25				.77
ítem 29				.77
Consistencia Interna				
α	.92	.89	.86	.77
Ω	.92	.87	.86	.75
Correlaciones Factores				
F1	-	.81	.69	.55
F2		-	.78	.71
F3			-	.76
F4				-

Nota: F1 = Función Física, F2 = Rol Físico, F3 = Dolor Corporal, F4 = Salud Psicológica

Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna

respaldaron la estructura de cuatro factores propuesta por Aguirre (2017) para el Cuestionario de Salud SF-36. Estos factores son: Función Física, Dolor Corporal, Rol Físico y Salud Psicológica. Los indicadores de ajuste del modelo resultaron adecuados, lo que evidencia la validez factorial del instrumento. La consistencia interna del cuestionario se evaluó mediante los coeficientes alfa de Cronbach (α) y Omega (Ω), obteniendo valores superiores a 0.70 en ambos casos. Estos valores se consideran aceptables, ya que se encuentran dentro del rango recomendado entre 0.70 y 0.90 (Campo-Arias y Oviedo, 2008). Cabe destacar que valores más cercanos a 1 indican mayor consistencia entre los ítems del cuestionario. En todos los modelos evaluados, los valores de los coeficientes de consistencia interna superaron 0.75. Esto confirma que el Cuestionario de Salud SF-36 posee una adecuada fiabilidad, lo que significa que sus ítems miden de manera precisa y consistente los constructos que pretenden evaluar.

Aun así, el factor Salud Psicológica, evidenció el valor de fiabilidad más bajo, aunque aceptable, ($\alpha=.72$). Tentativamente, pudiera expresarse que en gran medida esto se debió a que dicho factor contiene al ítem 24, el cual reportó la menor carga factorial (.60). Por otra parte, es válido señalar que Aguirre (2017) autora del modelo M2-SF13-4, en el factor Salud Psicológica, agrupa ítems que en el cuestionario original pertenecían a los factores Vitalidad y Salud Mental. Esto revela la necesidad de realizar posteriores análisis factoriales confirmatorios para este modelo, en diversas muestras de personas adultas mayores, con el propósito de arribar a resultados más concluyentes.

Mientras, el factor Función Física, mostró el valor de fiabilidad más alto $\alpha=.92$. Se considera oportuno expresar que, dicho factor, dentro de la estructura del cuestionario, 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. En este punto, el hallazgo al parecer indica que las personas adultas mayores estudiadas, perciben limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, como consecuencia del deterioro paulatino de su estado general de salud. Al respecto, evidencias científicas demuestran que, en este grupo etario se reportan mejores percepciones de CVRS, en tanto se ha sido más físicamente activo y muy superiores en sujetos que mantienen prácticas sistemáticas de actividades físicas (Santos et al., 2019).

Conclusiones

Sobre la base de los resultados discutidos, se puede concluir que los análisis factoriales confirmatorios apoyan la estructura tetrafactorial del modelo M2-SF13-4, que manifiesta apropiadas saturaciones factoriales estandarizadas, aun cuando este difiere de los propuestos y validados por: Ware Jr y Sherbourne (1992); Alonso et al. (1995). El análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud SF-36 mostró adecuados indicadores de ajuste, fiabilidad y validez, esto ratifica su posibilidad de utilizarse en muestras de personas adultas mayores. No obstante, la trascendencia de estos resultados es aún limitada, lo que demanda de futuras investigaciones.

Agradecimientos

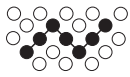
Se considera oportuno expresar el agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías de México (CONAHCYT), pues el autor de correspondencia disfrutó de una beca para la formación doctoral, otorgada por esta institución.



Fiabilidad de validez del Cuestionario de Salud SF-36 en personas adultas mayores

REFERENCIAS

1. Aguirre, S. I. (2017). Adaptación y validación del cuestionario: Calidad de Vida SF-36 en adultos y adultos mayores mexicanos Universidad Autónoma de Chihuahua]. Chihuahua, México.
2. Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104(20), 771-776. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
3. Blanco, H., Ornelas, M., Tristán, J. L., Cocca, A., Mayorga-Vega, D., López-Walle, J., & Vician, J. (2013). Editor for creating and applying computerise surveys. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 106, 935-940. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.105>
4. Campo-Arias, A., y Oviedo, H. C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud Pública*, 10(5), 831-839.
5. Campos, T., León, A., y Rojas, G. (2018). Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor.
6. Consejo Estatal de Población. (2017). Programa estatal de población 2017-2021. México: Consejo Estatal de Población Retrieved from <http://ceg.chihuahua.gob.mx/PED/EJE5/MedianoP/COESPO.PDF>
7. Estebsari, F., Dastoorpoor, M., Khalifehkandi, Z. R., Nouri, A., Mostafaei, D., Hosseini, M., Esmaeili, R., & Aghababaeian, H. (2020). The concept of successful aging: a review article. *Current aging science*, 13(1), 4-10.
8. Góngora, V., y Castro, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicobate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 18(1), 72-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6534088>
9. González, A. L., y Lima, Lizbeth. (2017). Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 5(15). <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2017.15.62571>
10. Kuiper, L., Smit, A., Bizzarri, D., van den Akker, E., Reinders, M., Ghanbari, M., van Rooij, J., Voortman, T., Rivadeneira, F., & Dollé, M. (2024). Lifestyle factors and metabolomic aging biomarkers: Meta-analysis of cross-sectional and longitudinal associations in three prospective cohorts. *Mechanisms of Ageing and Development*, 220, 111958.
11. Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-related quality of life in older adults: Its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. *Healthcare*,
12. López Peláez, J., Aguirre-Loaiza, H., Ortiz, A., Caballo, V. E., y Núñez, C. (2021). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico. *suma psicológica*, 28(2), 88-96. <https://doi.org/https://doi.org/10.14349/sumapsi.2021.v28.n2.3>
13. Melchor, A. S., Sesma, M. L. J., Castán, J. S., Melchor, L. S., Sorolla, D. F., y Bosque, D. B. (2023). Percepción de la salud entre los adultos mayores según estilo de vida y capacidad funcional. *Enfermería Global*, 22(4), 217-249.
14. Melguizo, E., Acosta, A., y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(2). <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1250/3036>
15. Mercuris, K., Lowry, K., & Espey, S. (2020). Does Instructor Experience Impact Balance and Health-Related Quality of Life in Healthy Older Adult Participants following a Tai Chi for Arthritis Program? *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 26-34. <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1693136>
16. Muñoz, S. H. (2024). Envejecimiento Poblacional en México, un Desafío para el Bienestar Social. *ELYSIUM revista de divulgación científica, cultural y educativa*, 3(1).
17. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS Ginebra
18. Osareme, J., Muonde, M., Maduka, C. P., Olorunsogo, T. O., & Omotayo, O. (2024). Demographic shifts and healthcare: A review of aging populations and systemic challenges. *International Journal of Science and Research Archive*, 11(1), 383-395.
19. Peláez, E., Acosta, L. D., y Carrizo, E. D. (2015). Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2015.v41n4/o7/>
20. Rodríguez, S. E. (2017). Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *Gerokomos*, 28(4), 168-172. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X-geroko-28-04-00168.pdf>
21. Rubio, D. Y., Rivera, L., Borges, L. d. l. C., y González, F. V. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA, Revista Científico-Metodológica*(61), 1-7.
22. 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, S1391-S1394. <https://doi.org/10.14198/jhse.2019.14.Proc.4.82>
23. 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. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v9i2.312>
24. Stanghelle, B., Bentzen, H., Giangregorio, L., Pripp, A., Skelton, D., & Bergland, A. (2020). Effects of a resistance and balance exercise programme on physical fitness, health-related quality of life and fear of falling in older women with osteoporosis and vertebral fracture: a randomized controlled trial. *Osteoporosis international*, 1069-1078. <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05398-w>



Ornelas Contreras, Benavides Pando, Ortiz Rodríguez, Barceló Reyna

REFERENCIAS

25. Valdivieso-Mora, E., Ivanisevic, M., Shaw, L. A., Garnier-Villarreal, M., Green, Z. D., Salazar-Villanea, M., Moncada-Jiménez, J., & Johnson, D. K. (2018). Health-Related Quality of Life of Older Adults in Costa Rica as Measured by the Short-Form-36 Health Survey. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 4, 1–13. <https://doi.org/10.1177/23337214187828>
26. Velaithan, V., Tan, M.-M., Yu, T.-F., Liem, A., Teh, P.-L., & Su, T. T. (2024). The association of self-perception of aging and quality of life in older adults: a systematic review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad041.
27. 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. <http://www.jstor.org/stable/3765916>
28. Wong, R., González, C., Michaels-Obregon, A., y Orozco, K. (2021). Estudios poblacionales longitudinales: el potencial del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. In *Población y envejecimiento: Pasado, presente y futuro en la investigación sociodemográfica*. Universidad Nacional Autónoma de México.
29. Yang, H., Deng, Q., Geng, Q., Tang, Y., Ma, J., Ye, W., Gan, Q., Rehemayi, R., Gao, X., & Zhu, C. (2021). Association of self-rated health with chronic disease, mental health symptom and social relationship in older people. *Scientific reports*, 11(1), 14653.
30. Zanella, S. O. P., Gómez, N. L. L., y Ramírez, M. C. G. (2023). Calidad de vida en Adultos Mayores con Diabetes tipo 2 en primer nivel de atención.
31. Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Jia, J., Li, Y., & Su, Y. (2019). Depressive symptoms mediate the association between insomnia symptoms and health-related quality of life and synergistically interact with insomnia symptoms in older adults in nursing homes. *Psychogeriatrics*, 19(6), 584-590. <https://doi.org/10.1111/psyg.12441>
32. Zhou, Y., Sun, Y., Pan, Y., Dai, Y., Xiao, Y., & Yu, Y. (2024). Prevalence of Successful Aging in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, 105604.