CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN DOS REDES DE SALUD, EL ALTO Y LA PAZ, 2019

PERCEIVED QUALITY OF LIFE IN TWO HEALTH NETWORKS, EL ALTO AND LA PAZ, 2019

Alejo-Pocoma Jimmy[1], Cruz-Guisbert Richard[2], Tamayo-Caballero Carlos[3]

1. Magister en Salud Pública mención epidemiología, Docente investigador titular IINSAD, Facultad de Medicina, UMSA
2. Magister en Salud Pública mención gerencia, Docente titular Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UMSA
3. Magister en Salud Pública, Docente investigador titular IINSAD, Facultad de Medicina, UMSA

Lugar donde se realizó la Investigación: Red de salud Corea El Alto y Red Norte Central N° 3 La Paz

Autor para correspondencia: Jimmy L. Alejo Pocoma, Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo, calle Claudio Sanjinez s/n frente al Instituto del Tórax. La Paz -Bolivia, email: jimmyalejo77@gmail.com

RECIBIDO: 21/10/2021
ACEPTADO: 23/05/2022

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Para evaluar la calidad de vida se toma en cuenta su multidimensionalidad; de ahí que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar.

OBJETIVO: Describir la percepción de calidad de vida de la población adulta en dos redes de salud Red de salud Corea El Alto y Red Norte Central N° 3 La Paz, 2019.

MATERIAL Y METODOS: Diseño transversal, realizado en una red de El Alto y otra de La Paz, con 1671 unidades de estudio. Se utilizó el WHOQOL-BREF (26 ítems), con opciones de respuesta tipo Likert y estructuradas en 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales y Ambiente.

RESULTADOS: La catalogación de “bien” fue la calificación más frecuente en la autopercepción de la calidad de vida, la dimensión con la frecuencia más alta fue “lo normal” con el 53,4%. Respecto a la satisfacción de salud 41,5% “lo normal”. Referente a la salud física la categoría “bastante” fue la más frecuente con 51,5%. En relación a la salud psicológica, la frecuencia más alta correspondió a la categoría “bastante” con el 50,6% de los casos; en las relaciones sociales de igual manera la categoría relevante fue “bastante” con 47,1%. Finalmente, en la valoración del ambiente la población asegura estar “bastante satisfecho”, en el 54% de los casos.

CONCLUSIÓN: Hubo una autopercepción de calidad de vida catalogada como “bien” en la mayoría de los casos.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Percepción

ABSTRACT

INTRODUCTION: *In order to evaluate quality of life, its multidimensionality is taken into account; hence, quality of life is conceptualized according to a system of values, standards or perspectives that vary from person to person, from group to group and from place to place.*

OBJECTIVE: *To describe the perception of quality of life of the adult population in two health networks Red de salud Corea El Alto and Red Norte Central N° 3 La Paz, 2019.*

MATERIAL AND METHODS: *Cross-sectional design, carried out in one network in El Alto and another in La Paz, with 1671 study units. The WHOQOL-BREF (26 items) was used, with Likert-type response options and structured in 4 dimensions: Physical Health, Psychological Health. Social relationships and Environment.*

RESULTS: *The categorization of "good" was the most frequent qualification in the self-perception of quality of life, the dimension with the highest frequency was "normal" with 53.4%, regarding health satisfaction 41.5% "normal". Regarding physical health, the category "quite" was the most frequent with 51.5%. In relation to psychological health, the highest frequency corresponded to the category "quite a lot" with 50.6% of the cases; in social relations in the same way the relevant category was "quite a lot" with 47.1%. Finally, in the evaluation of the environment, the population assures to be "quite satisfied" in 54% of the cases.*

CONCLUSION: *The self-perception of quality of life was classified as "good" in most cases.*

KEY WORDS: *Quality of life, Perception of quality of life.*

INTRODUCCIÓN

Las relaciones entre bienestar material y calidad de vida se han investigado ante todo en el contexto de la felicidad[1,2] Hay comparaciones transculturales que buscan estudiar estos factores en distintos contextos y en diferentes países.[5] De hecho, el dinero no compra la felicidad, pero la no satisfacción de necesidades básicas es incompatible con la felicidad en la mayor parte de las situaciones.[6]

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica.[4] Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien.[7,8]

Las desigualdades socioeconómicas que se observan tienen consecuencias negativas en la medida en que las ventajas de poseer adecuados bienes públicos (como suficientes áreas verdes, conectividad, veredas y calles mantenidas) están distribuidas desigualmente, al igual que el uso que de ellos hacen los distintos grupos sociales.[3] Por ejemplo, el uso de plazas y parques está altamente diferenciado según grupo socio-económico.[3,5] Esto por cierto impacta en la imagen misma del entorno en que se vive; resaltar los problemas en torno a la calidad de vida de barrio como: el estado de las veredas y las calles, la presencia de inseguridad, así como los robos o asaltos a las viviendas.[9]

La salud es una de las principales problemáticas que impactan sobre la calidad de la vida, de ahí que la toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente.[10]

Es necesario realizar un análisis del proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.[11]

Las decisiones exclusivas en base a costos, que se vienen dando en muchos países, donde la medicina pasa a ser una mercancía, son éticamente inaceptables y desde los profesionales de la salud debería insistirse en la necesidad de

tomar en cuenta los otros elementos planteados. Un acercamiento a la autopercepción de la calidad de vida se ve reflejada en la categoría de "bien" en el presente estudio que refleja el sentir de las personas a pesar de las adversidades que puedan estar pasando.

El propósito del estudio fue caracterizar la percepción de calidad de vida de la población adulta en dos redes de salud Red de salud Corea El Alto y Red Norte Central N° 3 La Paz, 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un diseño transversal[12], realizado en la red de salud Corea El Alto y la Red Norte Central N° 3 La Paz. Se trabajó con la población, ámbito de influencia de las redes de salud Corea en El Alto y Norte central 3 en La Paz. Con nivel de significancia del 5%, proporción esperada del 50% y una precisión del 5%, cálculo realizado con el software epidat 4.1, el tamaño de la muestra por red de salud fue de 385 unidades de estudio, haciendo un total de 770. En el estudio se alcanzó a 1671 unidades de estudio.

El llenado de encuestas se aplicó a familias, posterior a una charla educativa sobre salud. Se utilizó el WHOQOL que proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona[13]. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes.[14–16] La versión que se utiliza en el presente estudio es la WHOQOL-BREF (26 ítems)[17,18], cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y estructuradas en 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.[15] El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen.[19–21] Para calcular los puntajes de los ítems se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta, es decir, las preguntas que corresponden según ítems son las siguientes:

- Salud Física: Q3+Q4+ Q5 + Q6 + Q7 + Q8 + Q9
- Salud Psicológica: Q10 + Q11 + Q12 + Q13 + Q14 + Q15
- Relaciones sociales: Q16 + Q17 + Q18
- Ambiente: Q19 + Q20 + Q21 + Q22 + Q23 + Q24 + Q25 + Q26

Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3[22].

Las variables categóricas fueron analizadas mediante la construcción de tablas de frecuencia y gráficos de sectores, columnas o barras. Las variables cuantitativas fueron descritas mediante medidas de resumen básicas, como tendencias central y dispersión. Para comparar a frecuencia de las variables cualitativas por área geográfica se utilizará la prueba de X2 de homogeneidad.

RESULTADOS

Respecto a las características de la población de estudio, hubo mayor participación del sexo femenino (53%) con una diferencia de 6,4 puntos porcentuales más que el sexo masculino. En relación a la edad la mayor participación estuvo entre los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años, con 13% y 12,9% respectivamente; seguido de la edad de 40 a 59 años con cifras similares al 11%. La participación por Red de salud fue casi equilibrada con una diferencia de 0,8 puntos porcentuales de la red Corea sobre la red Norte central, similar situación respecto al municipio, ya que está relacionada con la ubicación geográfica del establecimiento de salud.

De acuerdo al Cuadro N°1, la catalogación de "bien" fue la calificación más alta, es decir que 6 de cada 10 personas encuestadas tienen una autopercepción de la calidad de vida de buena, siendo mínimo el porcentaje (0,4%) con una percepción mala.

CUADRO N° 1. AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE POBLACIÓN ADULTA, REDES DE SALUD COREA EL ALTO Y RED NORTE CENTRAL N°3. LA PAZ, 2019.

AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	I.C. 95%
MAL	7	0,4	0,07 - 0,75
NORMAL	306	18,3	16,42 - 20,19
BIEN	1073	64,2	61,88 - 66,54
MUY BIEN	285	17,1	15,22 - 18,88
TOTAL	1671	100	

En el Cuadro N° 2 se puede observar que en la dimensión calidad de vida la frecuencia más alta fue "lo normal" con el 53,4%, seguida de "bastante bien" con 33,4%. Respecto a la satisfacción de salud tuvo un comportamiento similar que el anterior con 41,5% "lo normal" y "bastante bien" con 31,5%. En cambio, en la dimensión referida a la salud física la categoría "bastante" fue la más frecuente con 51,5%. En relación a la salud psicológica, la frecuencia más alta correspondió a la categoría "bastante" con el 50,6% de los casos; al valorar las relaciones sociales de igual manera la categoría relevante fue "bastante" con 47,1%. Finalmente, respecto a la valoración del ambiente la población asegura estar "bastante satisfecha", en el 54% de los casos.

CUADRO N° 2. AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIÓN, RED DE SALUD COREA EL ALTO Y RED NORTE CENTRAL N° 3 LA PAZ, 2019.

AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	f	%
Calidad de vida		
Muy mal	11	0,70
Poco	79	4,70
Lo normal	892	53,40
Bastante bien	558	33,40
Muy bien	131	7,80
Satisfacción de salud		
Muy insatisfecho	30	1,80
Poco	271	16,20
Lo normal	694	41,50
Bastante satisfecho	526	31,50
Muy satisfecho	150	9,00
Salud física		
Nada	0	0,00
Un poco	31	1,90
Lo normal	344	20,60
Bastante	861	51,50
Extremadamente	435	26,00
Salud psicológica		
Nada	2	0,10
Un poco	22	1,30
Moderado	283	16,90
Bastante	845	50,60
Totalmente	519	31,10
Relaciones sociales		
Nada	7	0,40
Un poco	88	5,30
Lo normal	456	27,30
Bastante	787	47,10
Extremadamente	333	19,90
Ambiente		
Nada	1	0,10
Poco	36	2,20
Lo normal	493	29,50
Bastante satisfecho	903	54,00
Muy satisfecho	238	14,20

La participación por sexo en ambos municipios fue de manera similar, es decir casi 50% por cada una. En los grupos de edad la diferencia más amplia, 20 puntos porcentuales en el grupo de 60 años o más. En el municipio de El Alto, respecto al grupo de edad, la participación mayor se reflejó en la edad de 35 a 39 años y en el municipio de La Paz en el grupo de 25 a 29 años.

En la autopercepción de la calidad de vida según la variable sexo, se pudo observar una similitud porcentual entre todas las categorías, con diferencias que oscilan entre 0,3 y 1,1 puntos porcentuales, siendo la mayor diferencia en la categoría "bien". Respecto a la oscilación de las diferencias no se pudo identificar diferencias significativas en la autopercepción de la calidad

de vida entre masculino y femenino (X2 = 1,18 p =0,75).

Respecto a la autopercepción de la calidad de vida según grupos de edad, la diferencia porcentual más alta fue en la categoría bien con 19,7 puntos de diferencia entre el porcentaje más bajo (51,4% en el grupo mayor a 60 años) y alto (71,1% en el grupo de 35 a 39 años); seguida de la categoría normal con una diferencia de 16,1 puntos porcentuales entre los grupos de mayores a 60 años con 31,4% y el grupo de 35 a 39 años con 14,4%. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad (X2 = 23,37 p=0,66). Según red y área geográfica, se pudo observar que las percepciones por red fueron similares.

DISCUSIÓN

El bienestar social se refleja en la calidad de vida de la población, lo que constituye uno de los propósitos primordiales para el diseño y la ejecución de políticas públicas, por esta razón, conocer la percepción de la calidad de vida en la población con sus dimensiones y variables, resulta una herramienta vital para conocer el perfil de aquellos segmentos más vulnerables. El conocimiento de esta determina el nivel de bienestar, que es el primer paso para contribuir a la focalización e implementación de políticas sociales óptimas que permitan otorgar, a todo ciudadano, un nivel de vida digno.

Un estudio realizado en Puebla, México por Marcial et.al, [23] al categorizar el índice de calidad de vida determinó una idéntica distribución de hogares por categoría entre el índice de calidad de vida y el subíndice de bienestar subjetivo: se identificó que el 19.44% de los hogares se clasificaron en muy baja calidad de vida; el 20.83% de los hogares presentaron un nivel bajo; el 19.44% de hogares se clasificaron en un nivel medio; el 20.83% en alto y el 19.44% en muy alto. Aunque las categorías tomadas en este estudio varían en relación al utilizado para el presente estudio, se observan diferencias, si bien en el estudio de México los resultados son homogéneos, en el caso de La Paz existe una mayor percepción de bienestar respecto a la calidad de vida con el 64,2% de los casos.

En el estudio realizado en adultos mayores en México,[24] en cuanto al grado de satisfacción con el estado actual de salud, 20 (13.3 %) participantes respondieron mucho, 55 (36.7%) bastante, 47 (31.3%) algo y 28 (18.7%) mencionaron sentirse nada satisfechos. En el mismo grupo poblacional en nuestro medio se obtuvo el 51% con una autopercepción de bien, seguida de normal, ninguno contesto tener una percepción mala, este comportamiento se mantuvo al estratificar por red de salud y por tanto área geográfica. Aunque existen diferencias en las categorías de comparación, la analogía proporciona una aproximación a las dos realidades y contextos. Un aspecto interesante del estudio realizado en México en comparación al presente estudio es el referido al aspecto social, considerado como integración social en esta y como relaciones sociales en este estudio, consideraron a la red familiar (hijos y nietos) con una satisfacción de 68.7%. El 10% de los pacientes que respondió sentirse insatisfecho con la relación con su cónyuge fueron mujeres, en quienes hubo negligencia en el cuidado y atención de sus parejas. Estos aspectos no fueron tomados en cuenta, y se toman como aspectos que deben profundizarse en un próximo paso investigativo. Sin embargo, las relaciones sociales, así medidas de manera general, son consideradas como bastantes en las redes de salud estudiadas.

El estudio realizado por Maldonado en Tamaulipas México[25], encontró que el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” de calidad de vida con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0%, respectivamente. Estos resultados tienen un comportamiento similar al encontrado en las redes de salud, aunque las categorías de medición son distintas las analogías de percepción se acercan, considerando que la autopercepción más frecuente fue bien y normal, aun estratificando en adultos mayores cuya apreciación fue similar en ambas redes de salud. En el estudio referido de México también se encontró una asociación estadísticamente significativa (p=<0.05), el nivel de calidad de vida con mayor porcentaje correspondió al nivel bajo con 36.6% en los grupos de edad de 60 a 65 años (20%) y 66 a

70 (13.3%), respectivamente. En el presente estudio no realizamos una prueba de asociación, pero si una prueba de homogeneidad que resultó no ser significativa, es decir no se encontraron diferencias en la autopercepción en los grupos de edad. En cambio, respecto a la comparación por sexo nuestros resultados coinciden en que no se encontraron diferencias significativas.

CONCLUSIONES

La información que surge del presente estudio da cuenta sobre la autopercepción de la calidad de vida en dos contextos urbanos El Alto y La Paz, es importante tener presente que el estudio registró solo a la población que vive en las áreas que comprende la red de salud.

Respecto a la autopercepción de calidad de vida, 6 de cada 10 personas la catalogaron como "bien". Respecto a las dimensiones que hacen la variable de estudio, la calidad de vida y la satisfacción de salud fue considerada como normal en más de la mitad de los casos el primero y con una frecuencia menor la segunda. En la dimensión referida a la salud física la categoría bastante fue la más frecuente.

La valoración de la salud psicológica fue catalogada en su mayoría como "bastante"; de igual manera que las relaciones sociales con la categoría "bastante". Finalmente, respecto a la valoración del ambiente la población asegura estar bastante satisfecho.

La autopercepción de la calidad de vida entre hombres y mujeres fue indistinta, al igual que la comparación por grupos de edad, y área geográfica, es decir la red de salud Corea y la red norte central nº3, aun realizando una estratificación y comparación con las variables edad y sexo.

Valorar la calidad de vida de las personas lleva a considerar en las relaciones complejas entre las componentes y los dominios de vida. Estudios como el que se realizó reflejan un diagnóstico de las características de la calidad de vida en varias dimensiones y las posibles necesidades públicas en ambas localidades de estudio.

REFERENCIAS

1. *Michalos AC, Diener ED, Glatzer W, Vogel J. Social Indicators Research Series Volume 4 General Editor [Internet]. SPRINGER -SCIENCE+ BUSINESS MEDIA, editor. USA; 2000 [cited 2022 May 5]. 1–11 p. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-94-011-4291-5%2F1.pdf*
2. *Tov W, Diener E. Culture and Subjective Well-Being [Internet]. 2009 [cited 2022 May 5]. 9–41 p. Available from: https://www.researchgate.net/publication/226677037_Culture_and_Subjective_Well-Being*
3. *Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2005 [cited 2022 May 5];23(1):79–90. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008*
4. *Ardila R. Calidad de vida: Una Definición Iintegradora. Rev Latinoam Psicol [Internet]. 2003 [cited 2022 May 5];35(2):161–4. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf*
5. *Soto M, I Failde. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2004 [cited 2022 May 5];11(8):53–62. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004*
6. *Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med. 1996 Mar 28;334(13):835–40.*
7. *Cella D, Tulsky D. Measuring quality of life today: methodological aspects - PubMed. Oncol (willist Park [Internet]. 1990 [cited 2022 May 5];4(5):29–38. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2143408/*
8. *Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med [Internet]. 1996 Mar 28 [cited 2022 May 5];334(13):835–40. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8596551/*
9. *World Health Organization (WHO). Estadísticas sanitarias mundiales 2012 [Internet]. 2012 [cited 2022 May 5]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44858*
10. *Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluation of the quality of life. Salud Publica Mex [Internet]. 2002 [cited 2022 May 5];44(4):61–349. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12216523/*
11. *Boggio J. Envejecimiento, calidad de vida y cuidado enfermero - Revista Electrónica de PortalesMedicos.*

com. Rev Electrónica PortalesMedicos.com [Internet]. 2009 [cited 2022 May 5]; Available from: https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1772/1/Envejecimiento-calidad-de-vida-y-cuidado-enfermero.html

12. *Hernández B, Héctor V. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Salud Publica Mex [Internet]. 2000 [cited 2022 May 5];42(5):447–55. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223219929011*
13. *Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Methods for quality of life assessment. Salud Publica Mex. 2002;44(4):349–61.*
14. *WHO. The World Health Organization quality of life (" WHOQOL)" - BREF [Internet]. 2004 [cited 2022 May 5]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/77773*
15. *WHO. WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization [Internet]. 1993 [cited 2022 May 5]. Available from: https://www.who.int/tools/whoqol*
16. *Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) - PubMed. Qual Life Res [Internet]. 1993 [cited 2022 May 5];2(2):9–153. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8518769/*
17. *Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. [Methodological considerations for evaluating quality of life]. Salud Publica Mex [Internet]. 2002 [cited 2022 May 5];44(5):448–63. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12389489*
18. *Yan J, Wu C, Du Y, He S, Shang L, Lang H. Occupational Stress and the Quality of Life of Nurses in Infectious Disease Departments in China: The Mediating Role of Psychological Resilience. Front Psychol [Internet]. 2022 Mar 21 [cited 2022 May 5];13:817639. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35401312*
19. *Kim J, Bae E, Kim Y, Lim CY, Hur JW, Kwon JS, et al. A robust multivariate structure of interindividual covariation between psychosocial characteristics and arousal responses to visual narratives. PLoS One. 2022 Feb 1;17(2 February).*
20. *Ackerman IN, Graves SE, Bennell KL, Osborne RH. Evaluating quality of life in hip and knee replacement: Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life short version instrument. Arthritis Care Res. 2006 Aug 15;55(4):583–90.*
21. *Schmidt S, Bullinger M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. Arch Phys Med Rehabil. 2003 Apr 1;84(4 SUPPL. 2).*
22. *SID. La medida de la salud: guía de escalas de medición en español [Internet]. Barcelona; 2007 [cited 2022 May 5]. 512 p. Available from: https://sid-inico.usal.es/documentacion/la-medida-de-la-salud-guia-de-escalas-de-medicion-en-espanol/*
23. *Marcial-Romero N, B Peña-Olvera, Escobedo-Garrido J, Macías-López A. Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. Estud soc [Internet]. 2016 [cited 2022 May 5];26(48):277–303. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572016000200277*
24. *Peña P, T Terán, Moreno A. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Rev Esp Med Quir [Internet]. 2009 [cited 2022 May 5];14(2):53–61. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30215*
25. *Maldonado G, I Mendiola. Autopercepción De La Calidad De Vida En Adultos Mayores. Contrib a las Ciencias Soc [Internet]. 2009 [cited 2022 May 5]; Available from: https://ideas.repec.org/a/erv/coccss/y2009i2009-0419.html*