

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS EN ADULTOS DE CUENCA, ECUADOR

RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH AND SOCIO-DEMOGRAPHIC DETERMINANTS IN ADULTS OF CUENCA, ECUADOR



Fecha de recepción: 23 de septiembre de 2018.
Fecha de aceptación: 26 de diciembre 2018.

Código JEL: I18; C16.
Código DOI: 10.25097/rep.n29.2019.04

María López Catalán¹
(mlopezcatlan@gmail.com)
Juan F. Quesada Molina²
(felipe.quesada@ucuenca.edu.ec)
Óscar López Catalán³
(oscarlcat@gmail.com)

Resumen

El estudio evalúa la calidad de vida relacionada con la salud y los determinantes sociodemográficos sexo, edad, estrato socioeconómico y nivel de estudios de la población adulta de Cuenca-Ecuador.

La metodología aplica un estudio transversal de una muestra de 280 sujetos, se empleó un cuestionario para determinantes sociodemográficos y el Cuestionario de Salud SF-36 para medir la salud percibida. Se comprobó la relación entre salud percibida y determinantes sociodemográficos mediante la comparación de la variable en los diferentes subgrupos.

Los resultados muestran a las mujeres con una peor salud percibida. El grupo adulto obtuvo puntuaciones mayores que el grupo adulto mayor en todas las dimensiones, excepto en salud mental. Las puntuaciones medias del grupo con estudios primarios fueron menores respecto a los de estudios secundarios y superiores. El nivel educativo influye en la salud percibida y el nivel socioeconómico tiene impacto en el componente mental y el dolor corporal.

Palabras clave: Adulto, calidad de vida, nivel socioeconómico, salud.

Abstract

The study evaluates the quality of life related to health and determinants sociodemográficos sex, age, socioeconomic stratum and level of studies of the adult population of Cuenca-Ecuador.

The methodology applies a cross-sectional study of a sample of 280 subjects, a questionnaire was used for determinants Sociodemográficos and the health questionnaire SF-36 to measure the perceived health. The relationship between perceived health and demographic determinants was verified by comparing the variable in the different subgroups. The results show women with worse perceived health. The adult group scored higher than the adult group in all dimensions, except in mental health. The average scores of the group with primary studies were lower compared to those of secondary and higher studies. The educational level influences the perceived health and the socioeconomic level has an impact on the mental component and the bodily pain

Keywords: Adult; quality of life, socioeconomic status, health.

1 Departamento de Orientación Educativa, I.E.S. La Magdalena, Avilés - España, ORCID: 0000-0003-1322-5842

2 Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Cuenca – Ecuador, ORCID: 0000-0002-6931-0192

3 Departament d'Antropologia Social y Cultural, Universidad Autónoma de Barcelona - España, ORCID: 0000-0003-0430-627X

1. Introducción

La Calidad de Vida (CV), según la Organización Mundial de la Salud, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive, así como, en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (WHO, 1996).

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) es el componente de la CV debido a las condiciones de salud de las personas y referido a partir de las experiencias subjetivas de su salud global (O'Connor, 1995).

Ambos conceptos, de Calidad de Vida y de su componente Salud, están estrechamente relacionados con la accesibilidad en el entorno y con la habitabilidad, entendida esta como “la capacidad de los espacios construidos para satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas de los individuos y grupos” (Landázuri & Mercado, 2004). El poder acceder y hacer uso en igualdad de condiciones, de manera cómoda, natural, segura y autónoma de los productos, entornos y servicios influye directamente en el bienestar de las personas y en su calidad de vida (López Catalán, Quesada, Guillem, Orellana, & Serrano, 2015). Numerosos trabajos resaltan la influencia que las condiciones de la vivienda tienen sobre la salud del ocupante (Bluyssen, 2009; Bonnefoy et al., 2004; Houtman et al., 2008).

Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud, se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek, & Medina-Moreno, 1999). Una de las limitaciones a la hora de medir los aspectos que engloba el concepto de CVRS es su predominante carácter subjetivo. Con el fin de evaluar los componentes físicos, emocionales y sociales relacionados con la enfermedad, surgen los instrumentos de medida de la CVRS (Badia & García, 2000).

Este tipo de medidas reflejan la salud desde la perspectiva del paciente y recogen la información a través de entrevistas o cuestionarios (en vez de instrumentación u observaciones clínicas) (J. Alonso, Prieto, & Antó, 1995). Un aspecto relevante es que, además de reflejar el estado funcional del sujeto, nos ofrecen una medición de una variable de expresión de tipo subjetivo y la obtención de un valor cuantitativo que representa el estado de salud (Tuesca Molina, 2005).

Los instrumentos de medida de CVRS se dividen en dos grandes grupos: específicos (diseñados para usar en pacientes con un tipo de problema de salud concreto) (J. Alonso et al., 1995) y los genéricos, que no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes (Tuesca Molina, 2005). De manera paralela a su utilización clínica, los instrumentos de medida de la CVRS se han venido utilizando en la monitorización de la salud de la población. Además, el uso de instrumentos de CVRS en la población general ha permitido desarrollar valores poblacionales o normas de referencia (J. Alonso, 2000). Entre los instrumentos genéricos más utilizados se encuentra la Encuesta de Salud SF-36 (López-García et al., 2003; Tuesca Molina, 2005; Vilagut et al., 2005).

En Ecuador, concretamente en la ciudad de Cuenca, se han realizado algunos estudios sobre la percepción de calidad de vida del habitante (Vintimilla et al., 2012; Vintimilla et al., 2011), aunque no se ha utilizado ningún instrumento estandarizado que mida el componente salud de la CV en la población. También, se han realizado algunas investigaciones que han usado el cuestionario SF-36 para determinar la CVRS en grupos específicos de pacientes (Cantuña, 2015; Delgado Quiroz,

Quincha Barzallo, & Méndez Suarez, 2003; Jerves & López, 2016) pero, hasta donde nuestro conocimiento abarca, no se ha descrito previamente la CVRS en población general ecuatoriana.

En este contexto, dentro de una investigación más amplia sobre indicadores de calidad de la vivienda de la ciudad de Cuenca, se decide evaluar la CVRS de la población, a través de la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36.

El objetivo del presente estudio es evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta de Cuenca, una de las principales ciudades de Ecuador, y relacionarlas a su vez, con las principales variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel socio-económico y nivel de estudios.

2. Materiales y Métodos

La investigación se ha elaborado con los datos obtenidos a partir de un estudio diagnóstico de calidad de la vivienda en Cuenca (Baquero & Quesada, 2016; Guillén, Quesada, López, Orellana, & Serrano, 2014; López, Quesada, Guillén, Orellana, & Serrano, 2015; Molina, Quesada, Calle, Ortiz, & Orellana, 2018; Quesada, Calle, Guillén, Ortiz, & Lema, 2018), que incluyó la realización de encuestas de percepción del ocupante, realizado durante el año 2015. Dicho diagnóstico implicó el abordaje de aspectos como el diseño urbanístico, la eficiencia energética, la accesibilidad o los materiales utilizados en la vivienda, así como la calidad de vida relacionada con la salud de las personas ocupantes.

2.1 Diseño y sujetos del estudio

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal en una muestra de 280 sujetos adultos en el área urbana del cantón Cuenca, a nivel de vivienda particular. En total se recogió información en las 15 parroquias de Cuenca, y los sujetos se seleccionaron en grupos por sexo y edad (grupo adulto -18 a 65 años-; grupo adulto mayor – más de 65 años).

2.2 Selección de muestra

El diseño específico de muestreo estadístico establecido para realizar la encuesta fue de tipo probabilístico, estratificado (por parroquias, por el número de viviendas de cada parroquia y por la distribución socioeconómica) y aleatorio. La unidad de muestreo fue el sector censal (UPM). El número de sectores seleccionados se realizó en función del número de viviendas que existían en cada parroquia y de la distribución por nivel socioeconómico (A; B; C+; C-; D). Para determinar el estrato socioeconómico se utilizó la encuesta del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), esta clasificación utiliza un sistema de puntuación a las variables. Las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, TIC's 161 puntos y hábitos de consumo 99 puntos. El estrato A de 845 a 1000 puntos, el B de 696 a 845, el C+ de 535 a 696, C- de 316 a 535, D de 0 a 316. En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra por parroquia y nivel socioeconómico.

El tamaño de la muestra de 280 sujetos se basó en la siguiente fórmula: $np' = K^2 N PQ / K^2 PQ + N E^2$. En donde: np' es el tamaño de muestra para estimar una proporción, K es el coeficiente de confianza, N es el tamaño del universo, PQ es la varianza de la proporción y E es el Error máximo admisible. El nivel de confianza usado fue de 95% y un error absoluto de 0,06.

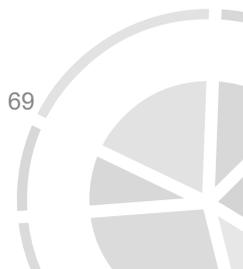


Tabla 1. Distribución de la muestra por parroquias y estrato socioeconómico

Parroquia	Nº	%	Muestra	Muestra	Muestra	Muestra	Muestra	Muestra
	viviendas		A	B	C+	C-	D	Vivienda
BELLAVISTA	8069	7%	1	7	6	3	1	18
CAÑARIBAMBA	3742	3%	4	4	-	-	-	8
EL BATÁN	7664	6%	1	4	7	3	2	17
EL SAGRARIO	2736	2%	-	0	4	2	0	6
EL VECINO	9417	8%	-	3	8	8	2	21
GIL RAMÍREZ D	3006	2%	-	0	3	3	1	7
HNO MIGUEL	4931	4%	-	2	3	4	2	11
HUAYNA-CAPAC	5464	4%	5	4	2	1	0	12
MACHÁNGARA	6876	6%	3	3	6	4	-	16
MONAY	6458	5%	2	9	2	1	1	15
SAN BLAS	3418	3%	1	5	2	-	-	8
SAN SEBASTIAN	31890	26%	6	5	20	20	22	73
SUCRE	5823	5%	6	5	2	0	-	13
TOTORACOCHA	7628	6%	1	12	4	0	-	17
YANUNCAY	16518	13%	6	16	11	3	2	38
Total general	123640	100%	36	79	80	51	34	280

Fuente: elaboración propia.

2.3 Instrumentos de evaluación

En primer lugar se elaboró una encuesta de identificación de datos sociodemográficos, que incluía datos relativos a edad (18-65 años; más de 65 años), sexo (femenino; masculino), ocupación (desempleado; estudiante; jubilado; trabaja; trabajo doméstico no remunerado; otra), nivel de estudios finalizados (sin estudios; primarios; secundarios; formación profesional; superiores; postgrado), presencia de algún tipo de discapacidad (No; Sí: física, cognitiva, visual, auditiva) y autoidentificación étnica (mestizo; blanco; indígena; afroamericano). Además, se incluyó el Cuestionario de Salud SF-36 versión 1.0.

El Cuestionario de salud SF-36 (McHorney, Ware, Lu, & Sherbourne, 1994; McHorney, Ware, & Raczek, 1993; Ware & Sherbourne, 1992) fue desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios para su uso en el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcome Study -MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos. Posteriormente, el cuestionario se ha traducido en más de 50 países en el marco del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA) (Gandek & Ware, 1998), existiendo varias versiones de la encuesta SF-36 en castellano, adaptadas culturalmente y validadas en Argentina, Colombia, España, Honduras, México, población “mexiconorteamericana” de Estados Unidos y Cuba (Trujillo et al., 2014), entre otros.

El SF-36 consta de 36 ítems que, una vez calificados, generan ocho dimensiones o escalas de la CVRS: funcionamiento físico (FF), desempeño físico (DF), dolor corporal (DL), salud general (SG), vitalidad (VT), funcionamiento social (FS), desempeño emocional (DE) y salud mental (SM). Todas las dimensiones son calificadas en una escala que varía de 0 a 100, con el valor de 100

que representa el mejor estado posible de salud. A partir de estas dimensiones es posible estimar dos componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, uno físico y otro mental (Durán-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas-Escudero, & Martínez-Salgado, 2004). El cuestionario puede ser autoadministrado o realizado mediante entrevista, telefónicamente o soporte informático. Consta de 36 ítems, con 3, 5 o 6 categorías de respuesta en una escala tipo Likert (de mayor a menor intensidad).

Tabla 2. Definición de cada dimensión

ESCALA	DEFINICIÓN
Funcionamiento Físico	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos
Desempeño físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades
Desempeño Emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento
Salud Mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general
Funcionamiento Social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual
Dolor Corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar
Salud General	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar

Fuente: Secretaría de Salud, Gobierno de México.

2.4 Procedimiento

La fuente de información fue de tipo primaria, a través de una encuesta estructurada administrada a los sujetos de estudio. En cada hogar se seleccionó al cabeza de familia, considerando este como aquel miembro que sea designado por el hogar como tal, o en su defecto, a un integrante del hogar de 18 años o más. Se empleó un cuestionario estructurado mediante entrevista personal en los domicilios para identificar determinantes sociodemográficos y evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, medida con el Cuestionario de Salud SF-36 versión 1.0. Previamente, se realizó una prueba piloto aplicando la encuesta en 20 viviendas de la ciudad de Cuenca, valorando el tiempo de cumplimentación del cuestionario, la complejidad del mismo, la comprensión de los ítems y la pertinencia respecto al contexto sociocultural. La versión definitiva de la encuesta se utilizó en el estudio.

Las variables analizadas para esta investigación fueron: las características sociodemográficas de edad (18-65 años; más de 65 años), sexo (mujer; hombre), nivel de estudios finalizados (sin estudios; primarios; secundarios; superiores; formación profesional; postgrado), obtenidas a través de un cuestionario estructurado elaborado a tal fin, y el estrato socioeconómico (A, B, C+, C- y D), obtenido a través de la metodología del INEC; y la CVRS, medida con el Cuestionario de

Salud SF-36 versión 1.0.

La información de las respuestas del SF-36 se procesó siguiendo las instrucciones del instrumento “RAND 36- Item Survey”, para el cálculo de la puntuación de la prueba (disponible en http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html), creado por la Corporación RAND, encargada de construir herramientas analíticas para mejorar la toma de decisiones en salud, educación y medio ambiente, entre otros. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Para obtener los resultados se transforma el puntaje a una escala de 0 a 100, en la que, para una pregunta de 3 categorías las puntuaciones se corresponderían con 0 - 50- 100; para una pregunta con 5 categorías se corresponden con 0 - 25 - 50 - 75- 100; y para una pregunta con 6 categorías con 0-20-40-60-80-100. Posteriormente, los puntajes de los ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100 (0 indicaría ausencia de salud-100 máxima salud). Los ítems no respondidos no se consideran.

Tabla 3. Ítems y significado de las puntuaciones de 0 a 100

ESCALA	ITEMS	“PEOR” PUNTUACIÓN (0)	“MEJOR” PUNTUACIÓN (100)
Funcionamiento Físico	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debida a la salud
Desempeño físico	13,14,15,16	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Desempeño Emocional	17,18,19	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Vitalidad	23,27,29,31	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Salud Mental	24,25,26,28,30	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Funcionamiento Social	20,32	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Dolor Corporal	21,22	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General	1,33,34,35,36	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente

Fuente: Adaptada de Ware y Sherbourne (1992).

2.5 Análisis estadístico

Se estimaron medidas de tendencia central y de dispersión para cada dimensión del SF-36 en toda la muestra por sexo, por grupos de edad, por nivel de estudios y por estrato socioeconómico.

Con el propósito de comprobar si las dimensiones de calidad de vida mostraban diferencias significativas según las características sociodemográficas del habitante, se compararon las puntuaciones de las dimensiones de la CVRS entre los subgrupos de interés según sexo, edad, estrato socioeconómico y nivel de estudios. Para realizar el análisis comparativo de los datos se optó por el uso de pruebas no paramétricas, al no poder asumir la hipótesis de normalidad y no ser el tamaño muestral de los subgrupos a comparar lo suficientemente grande, en algunos casos menor a 30, para poder utilizar pruebas paramétricas. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney, para las variables cualitativas dicotómicas (sexo, edad), y la prueba de Kruskal-Wallis, para las variables cualitativas politómicas (estrato socioeconómico, nivel de formación educativa). En este último caso, tras el análisis de las k muestras se hizo necesario el reconocimiento de los grupos donde se identificaron diferencias significativas, por lo cual se aplicó la U de Mann-Whitney por parejas como procedimiento post hoc con la respectiva corrección de Bonferroni para reducir el error alfa o tipo I.

Se estudiaron las propiedades psicométricas de las escalas a través de pruebas de confiabilidad y correlación interescalar para determinar así, si los resultados de las escalas eran reproducibles e interpretables. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach de cada dimensión para examinar la consistencia interna de los ítems en cada escala y el coeficiente de correlación de Spearman para valorar las correlaciones entre escalas.

El nivel de significación adoptado en los análisis fue del 5%. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 22.0.

3. Resultados y Discusión

3.1 Resultados

3.1.1 Descripción de la muestra

Del total de 280 sujetos que participaron en la encuesta, 154 fueron mujeres (55%) y 126 hombres (45%). Un 81,4 % de los habitantes se encontraban en un rango de edad entre 18 y 65 años, mientras que un 18,6 % era mayor de 65 años. Del total de la muestra un 7,9 % declaró presentar algún tipo de discapacidad. De estos, un 54,5% correspondería a discapacidad física, un 22,7 % a discapacidad auditiva, un 13,6% a discapacidad de tipo visual y un 9,1% a discapacidad cognitiva.

En el nivel de estudios de los habitantes predominaron estudios secundarios (con un 35,7%), seguido de estudios primarios (32,9%) y estudios superiores (25%), un 3,2% no poseía estudios. En relación a la autoidentificación étnica un 91,4% se consideró mestizo, un 6,1% blanco, un 2,1% indígena y un 0,4% afroamericano.

Respecto al estrato socioeconómico un 12,5% pertenecía al tramo A (35 participantes), un 28,2% al tramo B (79 participantes), un 28,6% al tramo “C+” (80 participantes), un 18,6% al tramo “C-” (52 participantes) y un 12,1% al tramo “D” (34 participantes).

Tabla 4. Características de la muestra estudiada

Característica	Frecuencia absoluta n y porcentaje (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Edad:			
Adulto (18-65)	228 (81,4)	102 (44,7)	126 (55,3)
Adulto mayor (+65)	52 (18,6)	24 (46,2)	28 (53,8)
Nivel de estudios:			
Sin estudios	9 (3,2)	3 (33,3)	6 (66,7)
Primaria	92 (32,9)	36 (39,1)	56 (60,9)
Secundaria	100 (35,7)	46 (46,0)	54 (54,0)
Formación profesional	5 (1,8)	2 (40,0)	3 (60,0)
Superior	70 (25,0)	35 (50,0)	35 (50,0)
Postgrado	4 (1,4)	4 (100,0)	0
Situación laboral:			
Desempleado	7 (2,5)	3 (42,9)	4 (57,1)
Estudiante	5 (1,8)	4 (80,0)	1 (20,0)
Jubilado	29 (10,4)	20 (69,0)	9 (31,0)
Trabaja	180 (64,3)	101 (56,1)	79 (43,9)
Trabajo doméstico no remunerado	58 (20,7)	1 (1,7)	57 (98,3)
Otra	1 (0,3)		1 (100,0)
Discapacidad:			
NO	258 (92,1)	118 (45,7)	140 (54,3)
SÍ	22 (7,9)	8 (36,4)	14 (63,6)
Estrato socio-económico:			
A	35 (12,5)	13 (37,1)	22 (62,9)
B	79 (28,2)	41 (51,9)	38 (48,1)
C+	80 (28,6)	36 (45,0)	44 (55,0)
C-	52 (18,6)	22 (42,3)	30 (57,7)
D	34 (12,1)	14 (41,2)	20 (58,8)
Autoidentificación étnica:			
Mestizo	256 (91,4)	118 (46,1)	138 (53,9)
Blanco	17 (6,1)	4 (23,5)	13 (76,5)
Indígena	6 (2,1)	4 (66,7)	2 (33,3)
Afroamericano	1 (0,4)		1 (100,0)

Fuente: elaboración propia.

3.1.2 Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos

En la Tabla 5 se presenta la distribución de las puntuaciones de las 8 escalas del cuestionario SF-36 de la muestra total y en función del sexo y la edad. Los sujetos refirieron las puntuaciones medias más altas en las escalas de funcionamiento físico ($80,54 \pm 23,66$), desempeño emocional ($82,74 \pm 36,03$) y funcionamiento social ($85,58 \pm 21,93$), mientras que las puntuaciones medias más bajas correspondieron a las escalas de vitalidad ($62,68 \pm 20,37$) y salud general ($64,55 \pm 21,72$).

Las puntuaciones en todas las escalas se distribuyeron en el intervalo completo (de 0 a 100), excepto en vitalidad (de 0 a 95) y salud mental (de 12 a 100), aunque la mediana superó la puntuación 50 en todas ellas, lo que indica que el conjunto de la distribución se concentra en valores altos en cada escala.

Al comparar las medias referidas de las subescalas del SF-36 en función del sexo, destaca que las mujeres presentan menores puntuaciones en todas las escalas. Dicha disminución de la CVRS en las mujeres respecto a los hombres es significativa en todas las escalas ($p < 0,05$), excepto en funcionamiento social ($p = 0,557$), en el que las diferencias entre grupos no son significativas.

Tabla 5. Calidad de vida relacionada con la salud según grupos de edad y género

	Total				Adultos				Adultos mayores				PF
	(n=280)				(n=228)				(n=52)				
	X (DS)	X	X	P£	X (DS)	X	X	P£	X (DS)	X	X	P£	
	Total	(DS)	(DS)		Total	(DS)	(DS)		Total	(DS)	(DS)		
	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer	Hombre					
FF	80,54 (23,66)	75,32	86,9	<0.0001*	85,04 (20,15)	80,28	90,93	<0.0001*	60,77 (27,66)	53,04	69,79	0,038*	<0.0001*
		-25,77	-19,03			-22,94	-14,08			-26,4	-26,84		
DF	71,79	65,26	79,76	0,006*	78,29 (38,49)	73,21	84,56	0,056*	43,27 (46,21)	29,46	59,37	0,029*	<0.0001*
		-42,21	-45,04			-42,21	-32,44			-40,28	-48,24		
DE	82,74	77,92	88,62	0,007*	85,96 (32,93)	81,48	91,5	0,014*	68,59 (44,97)	61,9	76,39	0,215	0,003*
		-36,03	-39,28			-36,65	-26,82			-46,89	-42,25		
VT	62,68	57,92	68,49	<0.0001*	64,54 (19,55)	59,44	70,83	<0.0001*	54,52 (22,06)	51,07	58,54	0,2	0,001*
		-20,37	-19,58			-19,72	-17,46			-17,66	-26,1		
SM	78,64	75,87	82,03	0,003*	78,96 (18,04)	75,68	83,02	0,006*	77,23 (20,05)	76,71	77,83	0,302	0,702
		-18,4	-18,81			-19,53	-15,14			-15,44	-24,71		
FS	85,58	84,82	86,51	0,557	87,66 (20,74)	87,3	88,11	0,925	76,44 (24,71)	73,66	79,69	0,325	0,001*
		-21,93	-22,86			-21,79	-19,46			-24,61	-24,95		
DL	73,5	69,24	78,71	0,005*	76,11 (26,83)	72,54	80,51	0,038*	62,07 (35,08)	54,37	71,04	0,07	0,014*
		-28,99	-30,18			-28,62	-23,84			-33,04	-35,93		
SG	64,55	61,75	67,98	0,016*	64,65 (20,67)	64,6	70,73	0,035*	52,31 (22,15)	48,93	56,25	0,164	<0.0001*
		-21,72	-22,24			-21,53	-19,12			-21,18	-23,04		

£Prueba Mann-Whitney entre grupos mujeres y hombres ¤Prueba Mann-Whitney entre grupos de edad *Resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$); X=media, DS=desviación estándar; FF=Funcionamiento Físico; DF=Desempeño Físico; DE=Desempeño Emocional; VT=Vitalidad; SM=Salud Mental; FS=Funcionamiento Social; DL=Dolor Corporal; SG=Salud General.

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la edad, en la Tabla 5 se puede observar como las puntuaciones medias de los adultos (18-65 años) son mayores a las de los adultos mayores (más de 65 años) en todas las subescalas. Dicha diferencia es significativa estadísticamente entre los grupos en todas las dimensiones ($p < 0,05$), excepto en salud mental ($p = 0,702$). En el caso de los adultos, las dimensiones con mejores puntuaciones medias son el funcionamiento físico ($85,04 \pm 20,15$), el desempeño emocional ($85,96 \pm 32,93$) y el funcionamiento social ($87,66 \pm 20,74$); mientras que en el caso de los adultos mayores las dimensiones con puntajes medios más altos son desempeño

emocional ($68,59 \pm 44,97$), salud mental ($77,23 \pm 20,05$) y funcionamiento social ($76,44 \pm 24,71$).

Si tenemos en cuenta el sexo y la edad, en el grupo de adultos (18-65 años), existen diferencias significativas en todas las dimensiones excepto en desempeño físico ($p=0,056$) y funcionamiento social ($p=0,925$), en las que no habría diferencias significativas entre hombres y mujeres. Mientras, en el grupo de adultos mayores (más de 65 años), existen diferencias significativas entre los hombres y las mujeres únicamente en las dimensiones de funcionamiento físico ($p=0,038$; $p<0,05$) y en desempeño físico ($p=0,029$; $p<0,05$).

En la Tabla 6 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones estándar de las distintas dimensiones de salud según el estrato socioeconómico. En general, podemos observar valores medios altos en todas las dimensiones en los estratos socioeconómicos superiores (A y B), excepto en el funcionamiento físico, en el que la puntuación del grupo correspondiente al estrato socioeconómico más bajo (D) obtiene mayores puntuaciones medias. Como se detalla en la Tabla 6, las poblaciones comparadas difieren estadísticamente en las subescalas de desempeño emocional ($p=0,001$), vitalidad ($p=0,008$), salud mental ($p=0,004$), funcionamiento social ($p=0,038$) y dolor corporal ($p=0,001$). Se analizó para cada dimensión qué grupos socioeconómicos diferían entre sí (Mann-Whitney, con corrección de Bonferroni: nivel de significación de $0,05/10=0,005$), obteniendo los siguientes resultados: en la dimensión de Desempeño emocional existieron diferencias significativas entre los grupos A y C-; entre los grupos B y C+; y entre los grupos B y C-; en la dimensión vitalidad, se presentaron diferencias significativas entre los grupos B y C-; en la dimensión salud mental se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos B y C-; en la dimensión funcionamiento social entre los grupos B y C-; y en la dimensión dolor corporal se hallaron diferencias significativas entre los grupos A y C- y entre los grupos B y C-.

Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud según estrato socioeconómico

	A	B	C+	C-	D	P¥	Post-Hoc§
	(n=35)	(n=79)	(n=80)	(n=52)	(n=34)		$p<0,005$
	X (DS)						
FF	80,57 (24,49)	85,13 (19,16)	79,44 (25,99)	73,37 (26,73)	83,38 (19,53)	0,144	
DF	75,00 (40,67)	79,11 (35,68)	69,69 (43,88)	62,02 (47,35)	71,32 (44,44)	0,479	
DE	95,24 (20,04)	92,40 (24,43)	74,58 (42,84)	72,44 (42,12)	82,35 (35,99)	0,001*	A vs C- B vs C+ B vs C-
VT	64,71 (18,59)	68,99 (18,70)	61,50 (22,42)	55,67 (21,87)	59,41 (13,86)	0,008*	B vs C-
SM	83,54 (14,02)	83,49 (15,26)	77,85 (19,59)	71,15 (22,16)	75,65 (15,86)	0,004*	B vs C-
FS	89,29 (17,97)	89,87 (18,46)	84,37 (22,72)	77,16 (26,74)	87,50 (20,18)	0,038*	B vs C-
DL	81,50 (24,16)	81,61 (21,36)	72,09 (32,30)	58,89 (32,49)	72,06 (26,96)	0,001*	A vs C- B vs C-
SG	69,43 (20,25)	66,96 (19,37)	65,50 (22,37)	57,50 (24,24)	62,50 (21,15)	0,128	

¥Prueba de Kruskal Wallis para muestras independientes §Post-hoc con prueba Mann-Whitney y corrección de Bonferroni

*Resultados estadísticamente significativos ($p\text{-valor}<0,05$); X=media, DS=desviación estándar; FF=Funcionamiento Físico; DF=Desempeño Físico; DE=Desempeño Emocional; VT=Vitalidad; SM=Salud Mental; FS=Funcionamiento Social; DL=Dolor Corporal; SG=Salud General.

Fuente: elaboración propia.

Por lo que respecta al nivel de estudios, en la Tabla 7 se presentan las puntuaciones medias y desviaciones estándar de los tres subgrupos más relevantes de la muestra: grupo con estudios primarios (n=92), grupo con estudios secundarios (n=100) y grupo con estudios superiores (n=70). Podemos observar cómo las puntuaciones medias aumentan progresivamente en todas las dimensiones según aumenta el nivel educativo. Las poblaciones comparadas (estudios primarios, estudios secundarios y estudios superiores) difieren significativamente en las todas las dimensiones de salud evaluadas (nivel crítico <0,05). Se analizó para cada dimensión qué grupos de nivel educativo difieren entre sí (Mann-Whitney, con corrección de Bonferroni: nivel de significación de $0,05/3=0,017$). El grupo de estudios primarios y el grupo de estudios secundarios difieren entre sí de manera significativa en todas las dimensiones, al igual que el grupo de estudios primarios y el grupo de estudios superiores. Mientras que el grupo de estudios secundarios y el grupo de estudios superiores difieren únicamente en la dimensión salud general ($p=0,003$).

Tabla 7. Calidad de vida relacionada con la salud según nivel de estudios

	PRIMARIA (n=92)	SECUNDARIA (n=100)	SUPERIOR (n=70)	P-valor[¥]	Post-Hoc[§] p<0,017
	X (DS)	X (DS)	X (DS)		
FF	69,84 (26,18)	85,60 (19,14)	89,43 (18,37)	<0,0001	P vs SE P vs SU
DF	56,52 (47,59)	77,50 (37,69)	88,21 (29,09)	<0,0001	P vs SE P vs SU
DE	66,67 (44,75)	87,67 (31,66)	96,19 (17,53)	<0,0001	P vs SE P vs SU
VT	53,04 (20,96)	65,70 (17,84)	71,64 (17,15)	<0,0001	P vs SE P vs SU
SM	70,61 (20,37)	81,20 (16,62)	85,37 (12,76)	<0,0001	P vs SE P vs SU
FS	77,99 (26,30)	88,00 (18,88)	91,96 (16,49)	<0,0001	P vs SE P vs SU
DL	61,76 (31,61)	77,60 (26,68)	86,71 (18,93)	<0,0001	P vs SE P vs SU
SG	53,70 (22,48)	67,65 (19,02)	76,07 (17,11)	<0,0001	P vs SE P vs SU SE vs SU

¥Prueba de Kruskal Wallis para muestras independientes §Post-hoc con prueba Mann-Whitney y corrección de Bonferroni *Resultados estadísticamente significativos ($p\text{-valor}<0,05$). X=media, DS=desviación estándar; FF=Funcionamiento Físico; DF=Desempeño Físico; DE=Desempeño Emocional; VT=Vitalidad; SM=Salud Mental; FS=Funcionamiento Social; DL=Dolor Corporal; SG=Salud General. P=Estudios Primarios; SE=Estudios Secundarios; SU=Estudios Superiores.

Fuente: elaboración propia.

En relación a la confiabilidad de las escalas, la correlación entre los ítems de cada dimensión fue elevada, obteniendo valores del coeficiente de Cronbach que oscilan entre 0,77 y 0,95

(Funcionamiento Físico=0,92; Desempeño Físico=0,95; Desempeño Emocional=0,95; Vitalidad=0,77; Salud Mental=0,80; Funcionamiento Social=0,83; Dolor Corporal=0,90; Salud General=0,85), lo que indica una consistencia interna alta en las diferentes subescalas. Los coeficientes de correlación entre las subescalas variaron entre 0,40 y 0,71. Las correlaciones entre las escalas fueron siempre de menor valor que los valores del coeficiente alfa de Cronbach (correlaciones intraescala), lo que indica que cada escala del cuestionario está midiendo diferentes conceptos (López-García et al., 2003).

Tabla 8. Coeficiente α de Cronbach de cada escala (entre paréntesis) y coeficientes de correlación de Spearman entre las escalas del Cuestionario SF-36

Escala	FF	DF	DE	VT	SM	FS	DL	SG
FF	-0,92							
DF	0,69	-0,95						
DE	0,49	0,56	-0,95					
VT	0,62	0,58	0,46	-0,77				
SM	0,43	0,4	0,53	0,66	-0,8			
FS	0,58	0,62	0,5	0,53	0,43	-0,83		
DL	0,64	0,63	0,47	0,64	0,5	0,52	-0,9	
SG	0,71	0,65	0,46	0,69	0,56	0,58	0,6	-0,85

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

3.2 Discusión

En general, podemos observar puntuaciones medias globales altas en todas las dimensiones lo que nos indicaría un buen estado de salud percibida de la población. En la mayoría de las dimensiones, los valores medios se sitúan en los extremos más positivos del recorrido de puntuaciones, pero en ningún caso en el valor máximo, indicando que la población no está libre de problemas de salud percibida. Las dimensiones con puntuaciones medias más bajas, aunque siempre por encima de 50, son las de vitalidad y salud general, coincidiendo con estudios realizados en población general española (Jordi Alonso et al., 1998) y en población general mexicana (Zúniga et al., 1999).

En relación al sexo, los hombres presentaron puntuaciones mayores que las mujeres en todas las dimensiones de la CVRS, lo que indica que las mujeres perciben un peor estado de salud. Estos datos concuerdan con otros estudios sobre CVRS realizados tanto en población general (Jordi Alonso et al., 1998; Durán-Arenas et al., 2004; Lugo, García, & Gómez, 2006), como en población de adultos mayores (Coronado Gálvez, Díaz Vélez, Apolaya Segura, Manrique González, & Arequipa Benavides, 2009; Garin et al., 2014; López-García et al., 2003; Tobiasz-Adamczyk et al., 2017). Factores de tipo sociocultural que conllevan una mayor carga de trabajo en el hogar y en el cuidado de los otros, en las mujeres podrían estar influyendo en una menor disposición de tiempo propio y de recursos económicos para dedicar al autocuidado y a la salud. Como resalta Alonso (1998), este hecho contrasta con la mayor esperanza de vida de las mujeres, que indica un mejor estado de salud de este grupo. Sin embargo, según los análisis realizados sobre la relación entre el estado de la salud percibida y la esperanza de vida, la diferencia en la esperanza de vida entre

las mujeres y los varones se reduce o, incluso, se invierte cuando se tiene en cuenta la esperanza de vida libre de enfermedad, de incapacidad o en buena salud (Gutiérrez-Fisac & Regidor, 1991). Por otro lado, para Castellón-Sánchez del Pino (2003), 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. A pesar de estos datos, estudios como el de Hill y Needham (Hill & Needham, 2006), muestran como la salud percibida en las mujeres ha mejorado en las últimas décadas, lo que en buena parte es explicado, según estas autoras, por la progresión en la consecución de logros educativos. Además, una mejora en la calidad de la salud (avances médicos, mejora en la calidad de los servicios sociosanitarios, mayor énfasis en la prevención de la enfermedad) y en general, en la situación socioeconómica de la población, son otros factores que, junto a la educación podrían explicar esta mejora en la salud percibida de las mujeres.

Como cabría esperar, si tenemos en cuenta la edad, las puntuaciones de CVRS de los adultos, son mejores que las de los adultos mayores, siendo significativa esta mejoría en todas las dimensiones, a excepción de salud mental. Los resultados sugieren, como se constata en estudios previos, la pérdida de la capacidad funcional asociada a la edad y al envejecimiento progresivo (Jordi Alonso et al., 1998; López-García et al., 2003; Rodríguez et al., 2014), que afectaría en mayor medida a las dimensiones del componente físico de la CVRS, siendo menos evidente el impacto en el componente emocional (Jordi Alonso et al., 1998; Lugo et al., 2006; Ramírez-Vélez, Agredo, Jerez, & Chapal, 2008). De hecho, en el grupo de adultos mayores, las mejores puntuaciones se obtuvieron para las escalas de desempeño emocional, salud mental y funcionamiento social, es decir, dimensiones asociadas al componente mental o emocional, con resultados similares a los de otros estudios realizados con este colectivo (Jordi Alonso et al., 1998; Coronado Gálvez et al., 2009; López-García et al., 2003; Walters, Munro, & Brazier, 2001). Por una parte, podría parecer lógico que exista una mayor fortaleza a nivel emocional con la evolución de la edad, debida a una mayor exposición a diferentes situaciones y experiencias a lo largo de la vida, y por tanto, a un progresivo aprendizaje en la gestión emocional y resolución de conflictos. Por otra parte, los resultados podrían indicar que las generaciones más jóvenes presentan una peor salud mental en una sociedad que sufre rápidos cambios a nivel social y cultural (mayor individualismo, menor soporte social y familiar, mayor incidencia de enfermedades mentales). Asimismo, los resultados arrojan otro dato que reafirma la influencia de la edad y el sexo en la percepción de la salud. La mayor afectación de las dimensiones de componente físico con la edad, se asocia con la variable de sexo, siendo las puntuaciones medias de las mujeres del grupo de adultos mayores significativamente menores que las de los hombres en las dimensiones de funcionamiento físico y desempeño físico. Se observa cómo el envejecimiento parece percibirse como más negativo en las mujeres.

A raíz del análisis de las medidas de dispersión, se observa que las desviaciones estándar de las puntuaciones en las escalas de SF-36 aumentan en el grupo de adultos mayores. Esto puede ser debido, por un lado, al menor tamaño muestral del grupo, y por otro, a la mayor heterogeneidad en el estado de salud (Jordi Alonso et al., 1998; López-García et al., 2003).

El estatus socioeconómico es medido habitualmente mediante los ingresos económicos o mediante el nivel educativo u otros índices (Mielck, Vogelmann, & Leidl, 2014), en el caso ecuatoriano, como se comenta anteriormente, este viene dado por el puntaje en dimensiones relacionadas con la vivienda, educación, economía, bienes, tecnología y hábitos de consumo. A partir de los resultados, podemos observar cómo la CVRS varía según el nivel socioeconómico. En general, las puntuaciones medias más altas, se encuentran en los estratos socioeconómicos superiores (A y B), en consonancia con la evidencia empírica, que sostiene que la pobreza presenta una

relación causal con los problemas de salud en las poblaciones y a nivel individuo (Alzraqi, Diez Roux, Fleischer, & Spinelli, 2009; Delpierre et al., 2012; Fernandez-Martinez et al., 2012). Las diferencias significativas entre grupos se encuentran, en su mayoría, en dimensiones del componente mental (desempeño emocional, vitalidad, salud mental, funcionamiento social), lo que nos indicaría que un mayor nivel socioeconómico está relacionado con una mayor CVRS en dimensiones del ámbito emocional. En este sentido, Salinero-Fort (Salinero-Fort et al., 2015) obtuvo resultados similares en un estudio realizado con población inmigrante latinoamericana en España.

Asimismo, de los resultados se desprende que la CVRS aumenta progresivamente con el nivel educativo (que a su vez suele correlacionar con el estatus socioeconómico), lo que está en consonancia con el párrafo anterior y con otros estudios desarrollados sobre el tema (López-García et al., 2003; Orfila, Ferrer, Lamarca, & Alonso, 2000), y que las diferencias significativas se encuentran entre el grupo de estudios primarios y los otros dos grupos (estudios secundarios y estudios superiores) (Raggi et al., 2016). El grupo con estudios primarios obtiene peores puntuaciones medias en todas las dimensiones de salud, lo que indicaría que un nivel educativo bajo se asocia significativamente con una peor salud percibida, como apuntan otras investigaciones (Alzraqi et al., 2009; Hill & Needham, 2006). De igual manera, estudios realizados con poblaciones de adultos mayores sugieren que un bajo nivel educativo, contribuye de manera importante a una disminución del estado de salud en los ancianos (Coronado Gálvez et al., 2009; Orfila et al., 2000). Según Orfila (2000), esto puede ser debido a que un mayor nivel formativo proporcionaría una mayor facilidad en el acceso a los servicios sanitarios, sociales, etc. Pero, sobre todo, parece estar asociado al nivel socioeconómico, como se refleja en el anterior párrafo. Podemos suponer por tanto, que tener estudios secundarios y/o superiores y un buen nivel socioeconómico serán factores protectores de salud.

A pesar de obtener datos relevantes de los niveles de CVRS y su relación con determinantes sociodemográficos de peso en la población cuencana, es necesario interpretar los resultados presentados con precaución, ya que existen algunas limitaciones en el estudio. Al recoger los datos de la edad en dos tramos amplios (18-65 años y +65 años) no se ha podido estudiar de manera más profunda la relación de la edad y la CVRS en el presente estudio, analizando por ejemplo cómo varía esta según aumenta la edad. Otra de las limitaciones se encuentra en el análisis de la relación de la CVRS con el nivel de estudios, ya que, debido al tamaño muestral no significativo, no se tuvieron en cuenta los grupos “sin estudios”, “formación profesional” y “postgrado”, siendo una información que podría resultar de interés y que habría que considerar en futuros estudios.

Igualmente, al tratarse de un estudio transversal, se evalúa el nivel de CVRS de la población en un momento concreto. Sería recomendable realizar estudios de tipo longitudinal que nos ayuden a comprender cómo varía la CVRS en el tiempo teniendo en cuenta las variables sociodemográficas estudiadas. Así mismo, la muestra podría haber sido estratificada bajo otros criterios sociodemográficos o geográficos interesantes para el estudio, como por ejemplo por distritos electorales o zonas geográficas (centro, norte, sur), lo que se tendrá en cuenta para posteriores estudios.

4. Conclusiones

Los resultados obtenidos a raíz del estudio aportan datos relevantes sobre los niveles de

CVRS de la población cuencana y su relación con diferentes determinantes sociodemográficos, que no se habían analizado previamente en Ecuador.

El género, la edad, el nivel socioeconómico y el nivel de estudios son factores claves para entender cómo se distribuyen los niveles de CVRS de los habitantes de Cuenca. Tener en cuenta la influencia de los determinantes sociodemográficos en la salud de la población es importante, por tanto, a la hora de elaborar estrategias que aborden esta problemática a través de políticas públicas de salud y de mejora de la calidad de vida.

Las puntuaciones obtenidas demuestran las diferencias esperadas por sexo y grupo de edad, y resultan muy similares a las obtenidas en otros estudios poblacionales. El nivel socioeconómico y educativo influye en la percepción de la salud de la población de Cuenca. Poseer estudios secundarios y/o superiores parece indicar una mejor salud percibida.

El nivel socioeconómico tiene impacto principalmente sobre las dimensiones de componente mental de la salud percibida, siendo esta mayor en los estratos socioeconómicos más altos. Sin embargo, parece influir en menor medida sobre las dimensiones de componente físico, obteniendo incluso el grupo de nivel socioeconómico más bajo (D) mayores puntuaciones en algunas dimensiones, como la de funcionamiento físico.

Posteriores estudios sobre CVRS en la población de Cuenca son necesarios para continuar indagando acerca de la influencia de los factores sociodemográficos en la salud percibida de la población, así como para obtener valores de referencia que permitan una mejor comparabilidad poblacional e individual.

Agradecimientos

El estudio se ha realizado con los datos obtenidos del proyecto de investigación «Certificación Edificio Sustentable y Seguro», apoyado y financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca (DIUC) y por la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Cuenca.

5. Referencias bibliográficas

- Alazraqui, M., Diez Roux, A. V., Fleischer, N., & Spinelli, H. (2009). Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9), 1990-2000.
- Alonso, J. (2000). La Medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en la Investigación y la Práctica Clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 163-167. doi: 10.1016/s0213-9111(00)71450-6
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para a medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111(11), 410-416.
- Badia, X., & García, A. F. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud La Investigación de Resultados en Salud (pp. 61-78). Barcelona: Edimac.
- Baquero, M. T., & Quesada, F. (2016). Eficiencia energética en el sector residencial de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Maskana*, 7, 147-165. doi: <https://doi.org/10.18537/mskn.007.002.11>
- Bluysen, P. (2009). *The Indoor Environment Handbook: How to Make Buildings Healthy and Comfortable*. London, UK: Earthscan.
- Bonnefoy, X. R., Annesi-Maesano, I., Moreno A, L., Braubach, M., Croxford, B., Davidson, M., . . . Rudnai, P. (2004). Review of evidence on housing and health. Paper presented at the Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary.
- Cantuña, C. d. I. Á. (2015). Relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al Centro médico tierra nueva, mediante la aplicación del cuestionario SF 36 y escala ESTE , periodo febrero-mayo del 2015. . (Especialista en Medicina Familiar), Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10255/RELACI%C3%93N%20DEL%20SENTIMIENTO%20DE%20SOLEDAD%20Y%20EL%20ESTADO%20DE%20SALUD%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20QUE%20ACUDEN%20AL%20CEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castellón-Sánchez del Pino, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 13(3), 188-192.
- Coronado Gálvez, J. M., Díaz Vélez, C., Apolaya Segura, M. A., Manrique González, L. M., & Arequipa Benavides, J. P. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*, 26(4), 230-238.
- Delgado Quiroz, M., Quincha Barzallo, M., & Méndez Suarez, M. (2003). Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test SF-36v2 en pacientes de la Fundación de psoriasis de la ciudad de Quito. *DERMATOLOGÍA PERUANA*, 13(3), 172-184.
- Delpierre, C., Kelly-Irving, M., Munch-Petersen, M., Lauwers-Cances, V., Datta, G. D., Lepage, B., & Lang, T. (2012). SRH and HrQOL: does social position impact differently on their link with

health status? *BMC Public Health*, 12(1), 19. doi: 10.1186/1471-2458-12-19

- Durán-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G., & Martínez-Salgado, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México*, 46(4), 306-315.
- Fernandez-Martinez, B., Prieto-Flores, M.-E., Forjaz, M. J., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., & Martínez-Martín, P. (2012). Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Revista de Saúde Pública*, 46, 310-319.
- Gandek, B., & Ware, J. E. (1998). Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*, 51(11), 953-959. doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00086-9](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00086-9)
- Garin, N., Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Lobo, A., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2014). Impact of Multimorbidity on Disability and Quality of Life in the Spanish Older Population. *PLoS ONE*, 9(11), e111498. doi: 10.1371/journal.pone.0111498
- Guillén, V., Quesada, F., López, M., Orellana, D., & Serrano, A. (2014). Eficiencia energética en edificaciones residenciales. *ESTOA*, 5(1390-9274).
- Gutiérrez-Fisac, J. L., & Regidor, E. (1991). Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. *Med Clin (Barc)*, 96, 453-455.
- Hill, T. D., & Needham, B. L. (2006). Gender-Specific Trends in Educational Attainment and Self-Rated Health, 1972–2002. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1288-1292. doi: 10.2105/AJPH.2004.061119
- Houtman, I., Douwes, M., de Jong, T., Meeuwssen, J. M., Jongen, M., Brekelmans, F., . . . Brüggemann-Priesshoff, H. (2008). *New Forms of Physical and Psychosocial Health Risks at Work* Policy Department Economic and Scientific Policy. Brussels, Belgium: European Parliament.
- Jerves, F. X., & López, G. E. (2016). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis y hemodiafiltración en las unidades de diálisis de la ciudad, Cuenca*. 2016. (Bachelor), Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Landázuri, A., & Mercado, S. (2004). Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 5(1-2), 89-113.
- López-García, E., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Gutiérrez-Fisac, J. L., Alonso, J., & 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. doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73775-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73775-0)
- López, M., Quesada, F., Guillén, V., Orellana, D., & Serrano, A. (2015). La accesibilidad en la vivienda sustentable. *Estudios sobre arte actual*.
- Lugo, L. H., García, H. I., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev fac Nac salud Pública*, 24(2), 37-50.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F. R., & Sherbourne, C. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Test of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability

across Diverse Patient Groups. *Medical Care*, 32(1), 40-66.

- McHorney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006>
- Mielck, A., Vogelmann, M., & Leidl, R. (2014). Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 58. doi: 10.1186/1477-7525-12-58
- Molina, E., Quesada, F., Calle, A., Ortiz, J., & Orellana, D. (2018). Consumo sustentable de agua en viviendas de la ciudad de Cuenca. *Ingenius. Revista de Ciencia y Tecnología*(20). doi: <https://doi.org/10.17163/ings.n20.2018.03>
- O'Connor, R. (1995). Development of the health effects scales. 43, 3-17.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., & Alonso, J. (2000). Evolution of self-rated health status in the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(6), 563-570. doi: 10.1016/S0895-4356(99)00230-9
- Quesada, F., Calle, A., Guillén, V., Ortiz, J., & Lema, J. (2018). Método de evaluación sustentable de la vivienda en la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Revista Técnica Energía*, 14, 204-212.
- Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., De Torres, L., . . . Leonardi, M. (2016). Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *PLOS ONE*, 11(7), e0159293. doi: 10.1371/journal.pone.0159293
- Ramírez-Vélez, R., Agredo, R. A., Jerez, A. M., & Chapal, L. Y. (2008). Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev. salud pública*, 10(4), 529-536.
- Rodríguez, M. d. C., Alonso, M. T., Conejos, C., Fuenmayor, A., Mirada, C., Sanz, E., . . . Vela, A. (2014). Calidad de vida a mediano y largo plazo en pacientes mayores de 65 años con trasplante renal. *Salud (i) Ciencia*, 20, 834-838.
- Salinero-Fort, M. Á., Gómez-Campelo, P., Bragado-Alvárez, C., Abánades-Herranz, J. C., Jiménez-García, R., de Burgos-Lunar, C., & Group, o. b. o. t. H. I. (2015). Health-Related Quality of Life of Latin-American Immigrants and Spanish-Born Attended in Spanish Primary Health Care: Socio-Demographic and Psychosocial Factors. 10(4). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0122318> doi:10.1371/journal.pone.0122318
- Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., . . . Leonardi, M. (2017). Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research*, 1-14. doi: 10.1007/s11136-017-1530-8
- Trujillo, W., Román, J., Lombard, A., Remior, E., Arredondo, O., Martínez, E., . . . Valdivieso, J. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1), 62 - 70.
- Tucsca Molina, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21, 76-86.

- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., . . . Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Vintimilla, P., Vintimilla, M. I., Salazar, A. C., Cabrera, A., Cordero, J. F., Sigüenza, M., . . . Rodas, E. A. S. (2012). Segunda Encuesta de Percepción sobre la Calidad de Vida en Cuenca-Ecuador 2012. Cuenca: Iniciativa ciudadana “Cuenca, ciudad para vivir”
- Vintimilla, P., Vintimilla, M. I., Salazar, A. C., Cabrera, M., F., C. J., Sigüenza, M., . . . Rodas, E. A. S. (2011). Encuesta de percepción sobre la Calidad de Vida en Cuenca-Ecuador 2011 (pp. 28). Cuenca: Iniciativa ciudadana “Cuenca, ciudad para vivir”
- Walters, S. J., Munro, J. F., & Brazier, J. E. (2001). Using the SF36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age Ageing*, 30, 337-343.
- Ware, 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. (1996). ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387.
- Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118.

