

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



Calidad de vida de personas adultas mayores con enfermedad crónica que asisten a una unidad médica familiar.

**Tesis para obtener el Título de la:
Maestría en Gerontología Social Integral**

**Presenta la alumna:
Isidra de la Cruz de la Cruz**

**Director de Tesis:
Dr. Roberto Carlos González Fócil**

Villahermosa, Tabasco.

Octubre del 2020



AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO
"ESTUDIO EN LA BUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0472/DACS/JAEP
17 de septiembre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Isidra de la Cruz de la Cruz
Maestría en Gerontología social Integral
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Mtra. María Trinidad Fuentes Álvarez, Mtra. Elsy del Carmen Quevedo Tejero, Mtra. Flor del Pilar González Javier, Mtro. Nicomedes de la Cruz Damas y el Mtro. Ramiro Guerrero Pérez, impresión de la tesis titulada: "**Calidad de vida de personas adultas mayores con enfermedad crónica que asisten a una unidad médica familiar**", para sustento de su trabajo recepcional de *Maestría en Gerontología social Integral*, donde funge como Director de Tesis el Dr. en Psic. Roberto Carlos González Focil.

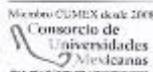
Atentamente



Dra. C. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dr. en Psic. Roberto Carlos González Focil.- Director de Tesis
C.c.p.- Mtra. María Trinidad Fuentes Álvarez.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Elsy del Carmen Quevedo Tejero.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Flor del Pilar González Javier.- Sinodal
C.c.p.- Mtro. Nicomedes de la Cruz Damas.- Sinodal
C.c.p.- Mtro. Ramiro Guerrero Pérez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MC/MC2/XMF/krd*



Av. Cínel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulíe de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:00 horas del día 11 del mes de septiembre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Calidad de vida de personas adultas mayores con enfermedad crónica que asisten a una unidad médica familiar"

Presentada por el alumno (a):

De la Cruz	De la Cruz	Isidra
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matrícula		

1	7	2	E	6	5	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Maestro en Gerontología Social Integral

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. en Psic. Roberto Carlos González Fogil
Director de Tesis

Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez

Mtra. Elsa del Carmen Quevedo Tejero

Mtra. Flor del Pilar González Javier

Mtro. Nicomedes de la Cruz Damas

Mtro. Ramiro Guerrero Pérez

C.e.p. - Archivo
EX/MCM/ED/PM/ME

Acuerdo CUMEX de 2006
Consortio de
Universidades
Mexicanas

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86156, Villahermosa, Centro Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado@ucojuat.mx



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 05 del mes de diciembre del año 2019, la que suscribe, C. Isidra de la Cruz de la Cruz, alumno del programa de la Maestría en Gerontología Social Integral, con número de matrícula 172E65005 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Calidad de vida de personas adultas mayores con enfermedad crónica que asisten a una unidad médica familiar", bajo la Dirección del Dr. en Psi. Roberto Carlos González Focil, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: isidradelacruz150592@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Isidra de la Cruz de la Cruz

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



SEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Selo

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134



AGRADECIMIENTOS

A Dios que siempre ha estado presente en mi vida.

Al doctor Roberto Carlos González Focil por ser mi guía en la investigación, el haber trabajado junto a él me llenó de mucha satisfacción, experiencia y conocimientos.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento de mis estudios.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por formarme en sus aulas y brindarme la oportunidad realizar mis estudios de posgrado.

A mis profesores por aportarme sus conocimientos y experiencias.

A mis padres por estar presente en mi vida, por confiar en mí y brindarme su apoyo incondicional.

A mis compañeros de clases que al ser de diferentes disciplinas cada día me enseñaron algo nuevo.

A mis mejores amigos que cuando me sentía sin ánimos o triste estaban allí para motivarme y hacerme retomar mi investigación.

Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado por permitirme realizar mi investigación en una de sus Unidades Médicas Familiares.

A todas las personas adultas mayores que aceptaron participar en este estudio.

• Isidra



SIGLAS

- **CV:** Calidad de vida
- **CUBRECAVI:** Cuestionario Breve de Calidad de Vida
- **INAPAM:** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- **INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- **INGER:** Instituto Nacional de Geriatria.
- **ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- **NHP:** Nottingham Health Profile
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONU:** Organización de Naciones Unidas
- **QLI-Sp:** Índice Multicultural de Calidad de Vida
- **SF-36:** Medical Outcomes Study 36-Items Short Form Health Survey
- **SIP:** Sickness Impact Profile
- **WHOQOL-OLD:** World Health Organization Quality of Life of Older Adults
- **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of life bref



GLOSARIO

Adulto mayor: considerado así al hombre o mujer de 60 años o más de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años para países desarrollados” (Organización Mundial de la Salud, OMS; 2001 e Instituto Nacional de Geriátrica, 2017).

Calidad de vida: Es la “percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (OMS, 1998)

Enfermedad crónica: Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS, 2019).

Gerontología: Ciencia para el estudio del envejecimiento (Metchnikoff 1903, citado en Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM, 2019). Estudio del envejecimiento normal en lo biológico, psicológico y social (Strejilevich, 2004)

Gerontología social: Estudio de cambios de la edad relativos a roles sociales, intercambio y estructura social, cambios culturales, envejecimiento de las poblaciones (Glosario gerontológico, s.f.).



Salud: se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2019).

Unidad médica familiar: Establecimiento de primer nivel de atención para los derechohabientes en su área geográfica de influencia (Law; Plataforma Digital de Derecho, Ciencias Sociales y Humanidades, 2014) .

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Se reportan resultados de un estudio descriptivo realizado con personas adultas mayores que asistían a una unidad médica familiar del estado de Tabasco, con el objetivo de conocer su calidad de vida, condiciones de salud crónica y otros factores sociodemográficos.

La muestra final consistió en 101 personas, de las cuales el 53% eran hombres, en su mayoría personas casadas (71%). Las principales condiciones de salud crónicas encontradas fueron diabetes e hipertensión.

Se utilizó el instrumento WHOQOL-OLD 20, con lo que encontró una media de puntuación total de calidad de vida percibida de 77.8, en un rango de puntuaciones posibles que van de 50 a 100 puntos. Se encontraron correlaciones significativas, aunque muy moderadas, que apuntan a la relación con variables como la escolaridad, el ingreso económico y la condición de diabetes.

Se concluye que la muestra del estudio puede tener ciertas ventajas sobre la población promedio de esa edad, puesto que quienes participaron tienen acceso a servicios médicos y actividad social al asistir. Se considera importante la existencia de estos servicios por las ventajas de atención y factores de protección que proveen.



ABSTRACT

Results of a descriptive study carried out with older adults attending a family medical unit in the state of Tabasco are reported, with the objective of knowing their quality of life, chronic health conditions and other sociodemographic factors. The final sample consisted of 101 participants, of which 53% were men, mostly married people (71%). The main chronic health conditions found were diabetes and hypertension. The WHOQOL-OLD 20 instrument was used and the mean for the total score of perceived quality of life was 77.8, in a range of possible scores from 50 to 100 points. Significant correlations were found, and although very moderate, they point to the relationship with variables such as level of education, income, and diabetes status. It is concluded that the study sample may have certain advantages over the average population of the same age group, since the participants have access to medical services and social activity when attending. The existence of these services is considered important due to the benefits of care and protection factors they provide.



ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS	II
ACTA DE REVISIÓN DE TESIS	III
CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS	IV
AGRADECIMIENTOS	V
SIGLAS	VI
GLOSARIO.....	VII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
ÍNDICE	XI
TABLAS Y FIGURAS	XIII
1. Introducción.....	1
1.1 Concepto de calidad de vida	1
1.2 Factores que influyen en la Calidad de Vida de las personas adulta mayores.....	4
1.3 Envejecimiento Saludable	5
1.4 Estudios previos	8
1.5 Instrumento para el Estudio de Calidad de Vida de Personas Adultas Mayores...	14
1.5.1 Cuestionario Breve de Calidad de Vida	14
1.5.2 Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	14
1.5.3 Medical Outcomes Study 36-Items Short Form Health Survey (SF-36).....	15
1.5.4 Sickness Impact Profile (SIP).	16
1.5.5 Nottingham Health Profile (NHP).	16
1.5.6 Índice Multicultural de Calidad de Vida (QLI-Sp)	17
1.5.7 Escala de Calidad de Vida WHOQOL-OLD.....	18
2. Planteamiento del problema.....	19
3. Justificación.....	21
5. Objetivos	24
5.1 General	24
5.2 Objetivos Específicos.....	24
6. Materiales y métodos	25
6.1 Diseño.....	25



6. 2 Universo.....	25
6. 3 Muestra y muestreo	25
6. 4 Criterios de inclusión.....	25
6. 5 Criterios de no inclusión.....	26
6. 6 Método e instrumento de recopilación de datos	26
6. 7 Análisis de datos.....	26
6. 8 Variables.....	26
6. 9 Consideraciones éticas.....	28
7. Resultados	30
7.1 Variables sociodemográficas	30
7.2 Frecuencia y tiempo con enfermedades crónicas.....	32
7.3 Dimensiones de calidad de vida.	35
7.3.1 Calidad total	35
7.4 Correlaciones.....	38
8. Discusión.....	39
9. Conclusiones.....	43
10. Recomendaciones.....	45
11. Referencias	47
12. Anexos	58



TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 <i>Cuadro de variables</i>	26
Tabla 2 <i>Datos sociodemográficos</i>	32
Tabla 3 <i>Frecuencia y tiempo con enfermedades crónicas</i>	34
Figura 1 <i>Frecuencia de calidad de vida</i>	35
Tabla 4 <i>Frecuencias absolutas de dimensión de Calidad de vida Whoqol-Old</i>	37



1. Introducción

1.1 Concepto de calidad de vida

Para Fernández Ballesteros (1997) la calidad de vida es algo que se aborda de forma multidisciplinaria e incluye aspectos de tipo personal como la salud, satisfacción o la autonomía; así como factores externos tales como redes de apoyo, ambientes o servicios. Para Cardona, Estrada, & Byron Agudelo (2006), la definición era imprecisa debido a que diversos investigadores coincidían en que no existía una teoría única que pudiera dar una definición general y explicara en qué consistía; más bien comprendía un universo ideológico y se apoya en un sistema de valores, así como de una evaluación propia de cada individuo.

Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez & Osorio (2011) mencionan que el concepto es multidimensional ya que en la calidad de vida también se deben considerar la situación económica, estilos de vida, condiciones de vivienda entre otras; y se puede considerar positiva o negativa. En el primer caso cuando se cuenta con buena salud, red de apoyo familiar, o acceso a recursos materiales; y es negativa en ausencia de autonomía, reducción de sus redes de apoyo o presenten alguna disfunción que les genere limitación.

La calidad de vida puede entenderse también como una mezcla de componentes subjetivos y objetivos en donde el objeto central es el bienestar individual, como lo es: el confort físico, bienestar material y posesiones,



alimentación, vivienda, aspectos emocionales, sociales, así como aspectos de desarrollo y actividad. Esto variará de un individuo a otro ya que intervienen aspectos como la edad, el entorno social, el sistema de salud, recursos, etc (Dirección de investigación Gobierno de México, 2017).

Para Rodríguez Astudillo & Verdugo Carrión (2018), la calidad de vida es una composición “de elementos objetivos y de evaluación individual”, es tanto objetiva como subjetiva, propia de la persona y no del ambiente en que ésta interactúa. Es un término multidimensional ya que para su evaluación es necesario de las ramas del conocimiento de economía, medicina y ciencias sociales. Urzúa & Navarrete (2013) mencionan también que es el nivel de percepción acerca del bienestar que la persona puede tener; esto partiendo de una evaluación de elementos tanto subjetivos como objetivos en las diferentes dimensiones de la vida.

Rubio Olivares, Rivera Martínez, Borges Oquendo & González Crespo (2015) refieren que su concepto es relativo, esto por la existencia de diferentes condicionamientos que intervienen en este aspecto por mencionar los biológicos, psicológicos, sociales, psíquicos, culturales, entre otros y que por lo tanto se inclina más a lo subjetivo, sin embargo, su relación con la objetividad no está descartada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998, p.28) la define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Es el reflejo de la percepción de sí



mismos, acerca de si sus necesidades están o no satisfechas o las limitantes que le impiden ser felices. La importancia de la calidad de vida tiene una mayor relevancia principalmente en el cumplimiento de necesidades de personas adultas mayores, con enfermedad crónica, terminal o quienes padezcan discapacidades.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



1.2 Factores que influyen en la Calidad de Vida de las personas adultas mayores.

Vargas Ricardo y Melguizo Herrera (2017) menciona que dentro de los factores que influyen en la calidad de vida de las personas adultas mayores se encuentra el tener apoyo social adecuado, así como tener la independencia para realizar sus actividades de la vida diaria.

Aguilar, Álvarez y Lorenzo (2011) desglosan los factores que intervienen en la calidad de vida partiendo de un meta análisis, encontrando en primer lugar la perspectiva que el individuo tenga de sí mismo que pueden ser desde objetivas hasta las subjetivas. En segundo lugar destacan las condiciones de salud, que van desde la presencia desde dolor hasta un deterioro cognitivo u otras. Posteriormente mencionan la autonomía, funcionalidad y capacidad para realizar las actividades de su vida diaria, así como el nivel de actividad. Así mismo, influye la red de apoyo de familiares y social que le permitan a la persona desenvolverse, participar en un círculo social, actividades sociales, de ocio y el nivel de satisfacción que se tiene con la vida. Seguido de esto menciona el nivel económico y una serie de factores ambientales por mencionar algunos como el tipo de vivienda, el entorno, el medio ambiente; y finalmente menciona el nivel educativo.



1.3 Envejecimiento Saludable

Un envejecimiento saludable, es aquel en el que se presenta “bajo riesgo de sufrir enfermedades o tener alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo” (Glosario gerontológico, s.f.). Dentro de los factores que intervienen para lograr un envejecimiento saludable la OMS (2018) menciona que también el entorno que se tuvo desde edades tempranas como la niñez o incluso desde la etapa embrionaria influirán de cierta forma en el proceso de envejecimiento y vejez, a esto se le puede añadir aspectos como el sexo, nivel socioeconómico, entornos físicos y sociales como la vivienda, el vecindario, ubicación geográfica, familiares y amigos. Así mismo, las conductas personales como una alimentación equilibrada, realizar actividad física, y evitar toxicomanías contribuirán a alcanzar un envejecimiento saludable. También la OMS menciona que es relevante continuar con esos hábitos saludables ya que de esta forma se mantiene un buen estado físico y mental además de reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.

La Organización de Naciones Unidas (ONU, 2010) refiere que las principales enfermedades crónicas que guardan relación con el estilo de vida son las: “cardíacas, eventos cerebrovasculares, diabetes, obesidad, síndrome metabólico, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica”, generalmente provocadas por fumar, falta de dieta saludable y sedentarismo de manera prolongada. Así mismo, la Organización de Naciones Unidas (2010) menciona que estas conductas se caracterizan por ser modificables; y que “una



enfermedad crónica puede resultar en la pérdida de independencia, años con discapacidad o la muerte”; según sus proyecciones a nivel mundial se espera que para el 2030 el 70% de las muertes sean a causa de enfermedades crónicas y 56% de presencia de morbilidad; también menciona que va en disminución los adultos que mantienen un estilo de vida saludable; generalmente se ha asociado las prácticas de los estilos de vida a algo personal, aunque son conductas sociales y “formas de vida adaptadas” de las personas. La misma ONU (2012) refiere que es necesario el acceso de las personas a servicios de salud que abarque toda la vida y que al mismo tiempo satisfagan sus necesidades, que incluya la prevención a fin de evitar enfermedades, discapacidades, promocióne la independencia, y ofrezca tratamiento oportuno; también enfatiza en la creación de políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables, más estudios de investigación, así como servicios de rehabilitación y el uso de tecnologías que apoye al logro del envejecimiento saludable.

Por su parte, la “Guía calidad de vida en la vejez herramientas para vivir más y mejor” (Pontificia Universidad católica de Chile, 2011), destaca la existencia una serie de elementos para un buen envejecimiento entre los que se incluyen: 1) el nivel educativo, ya que facilita el acceso a mejores oportunidades en su sociedad y por consiguiente mayor satisfacción en la vejez; 2) el estado de salud; y esto es porque si una personas tiene alguna alteración en su organismo que le limite a realizar sus actividades diarias es más propensa a sentirse insatisfecha; 3) sentirse autosuficiente, esta



capacidad le permitirá a la persona a enfrentar el desafío del proceso de envejecimiento, dificultades, desarrollar habilidades ante situaciones adversas, entre otras; 4) realizar actividades físicas; 5) realizar actividades significativas, ya que quienes tiene algún proyecto están constantemente buscando maneras de ejecutarlos, se sienten más motivados, activos, mejoran sus relaciones sociales y tienen más sentimiento por la vida; y finalmente 6) tener relaciones afectivas, el contar con una red de apoyo de familiares y amigos con quien se pueda dar y recibir afecto es “un nutriente para la vida de las personas” cuando estas relaciones afectivas están presente a lo largo de la vida también suelen estarlo en la vejez, principalmente los vínculos familiares que generalmente son quienes brindan más apoyo social.



1.4 Estudios previos

Urzúa, Bravo, Ogalde & Vargas (2011) en la ciudad de Antofagasta, Chile, emplearon el instrumento WHOQOL- OLD en 409 personas pertenecientes a instituciones gubernamentales y no gubernamentales en donde el 76.1% presentó alguna enfermedad, entre las cuales destacan hipertensión arterial, diabetes y de tipo musculoesquelético. Se encontró estadísticas significativas en cuanto a percepción de enfermedad en ambos grupos en todos los dominios que valora la escala reportando mayor puntaje en aquellos que “no se sienten enfermos”; sin embargo, los que “se sienten enfermos” reportaron una media estadística mayor en el dominio de habilidad sensorial, muerte y morir.

Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez & Osorio en 2011 evaluaron a 279 personas adultas mayores de 39 centros de Bienestar para ancianos de Medellín, empleando el instrumento WHOQOL-OLD, escala de depresión geriátrica de Yesavage, ansiedad de Goldberg, de Pfeiffer, y minivaloración nutricional; encontrando mayor puntaje de calidad de vida en aquellos que no presentaban enfermedades nerviosas, sin estrés o enfermedad aguda y quienes no se sintieron maltratados por sus familiares, y una asociación negativa al ser mujer y tener diabetes.

En un estudio realizado en Tarapoto Perú se buscó la relación entre depresión y la calidad de vida de 82 adultos mayores para ello emplearon el Inventario de Depresión de Beck y el formato de Evaluación Integral del Adulto Mayor del Ministerio de Salud (Bartra & Renzo, 2013) en donde se encontró



que el género femenino era el que presentaba una calidad de vida regular siendo este el 68%, el grupo de edad que se ubica entre 66 y 75 años el 50% también se encontró con calidad de vida regular y se observó una correlación negativa entre depresión y calidad de vida.

Camacho Cruz & Fuentes Colindres (2014), estudiaron a 80 personas adultas mayores de dos comunidades del Estado de México que asistían a dos centros de salud para el control de enfermedades crónicas y encontraron que los que forman parte de un Grupo de Ayuda Mutua perciben una mejor calidad de vida. Así mismo, se encontró que del total de los encuestados 25 fueron hombre y 55 mujeres, es decir asisten más ellas al control de sus padecimientos; aunque predomina más la percepción de muy buena calidad de vida en hombres que en las mujeres, el instrumento para medirla fue el WHOQOL-BREF.

En el Estado de Querétaro (Loredo Figueroa, Gallegos Torres, Xequé Morales, Palomé Vera & Juárez Lira, 2016), estudiaron a 116 usuarios de una unidad médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) usando la escala de Barthel, la escala de habilidades de autocuidado y el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida llevando a cabo un análisis descriptivos de las variables de dependencia, autocuidado y calidad de vida, se encontró que el 56% reportó tener baja calidad de vida y tan sólo el 44% fue alta su calidad de vida.

Soberanes Fernández, González Pedraza & Moreno Castillo en 2009 realizaron una investigación en la unidad médica del ISSSTE Ignacio Chávez



de la Ciudad de México en donde el objeto de estudio era la funcionalidad y su relación con la calidad de vida en donde participaron 225 personas adultas mayores. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad y la calidad de vida, es decir a menor funcionalidad más mala será su calidad de vida, de igual forma el género femenino tenía mala calidad de vida; los cuestionarios empleados fueron Índice de Katz, Lawton y Brody, Evaluación de Tinetti y Cuestionario del Perfil de Salud de Nottingham.

Peña Belem, Terán Trillo, Moreno Aguilera & Bazán Castro en 2009 emplearon el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) en 150 usuarios de la Clínica de Medicina familiar del ISSTE Oriente en el Distrito Federal (Actualmente la Ciudad de México), encontrando que el 13.3% siente mucha satisfacción con el estado de salud actual, el 36.7% está bastante satisfecho, el 31.3% algo satisfecho y el 18.7% se refirió no sentirse nada satisfecho; el 68.7% se siente satisfecho con sus hijos y nietos; y en habilidad funcional el 74.7% reportó cuidar de sus aspecto físico como peinarse, lavarse, vestirse o bañarse, un 62.7% realizar tareas fuera de casa.

Castillo Guzmán, Arocha Merino, Armas Rojas, Castillo Arocha Cueto Cañabate & Herrera Giro (2008) estudiaron la calidad de vida de 300 personas con enfermedades crónicas empleando el instrumento WHOQOL-BREF en donde se encontró que el 51.3 % su calidad de vida fue reportada como “ni pobre ni buena”, un 37.3% como “buena” y sólo el 8% la consideró como “mala”. Los que padecían de enfermedades cerebrovasculares fueron los que



refirieron mejor calidad de vida y quienes padecían enfermedades cardiovasculares.

En 2018, Bravo Hernández, Noa Garbey, Gómez Lloga & Soto Martínez realizaron un estudio para conocer la calidad de vida de usuarios mayores de 60 años de Policlínico Universitario “Omar Ranedo Pubillones” conformado por 121 personas. Se realizó una planilla para recabar los datos como edad sexo y evaluación geriátrica integral, y formar parte del círculo de abuelos; en donde se encontró que la media de 65-69 años de edad fue la que predominó más con 26.4%, así mismo estos fueron del género masculino, 45.4% fueron casados; en cuanto a las evaluaciones en la dimensión biomédica y psicológica se reportaron los mayores puntajes en calificación regular, y en la dimensión social y funcional predominaron la calificación de buena; y sólo el 42.1% está incorporado a “círculo de abuelos”.

Cáceres Rivera, Roa Díaz, Domínguez, Carreño Robayo & Orozco Levi (2018) en Floridablanca, Colombia; estudiaron a 40 pacientes diagnosticados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que asistían a la consulta externa de una institución de alta complejidad, en donde se les aplicó el instrumento SF-36 v2 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en donde encontraron que el 50% percibe que tiene una salud regular, mientras que un 30% como buena, se encontró una disminución de la calidad de vida con relación al aspecto físico y mental.

En 2017, Herazo Beltrán, Quintero Cruz, Pinillos Patiño, García Puello, Núñez Bravo & Suárez Palacio en Colombia realizaron un estudio de



comparación para estimar las diferencias de calidad de vida, funcionalidad así como la condición física entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados; en donde participaron 113 en el primer grupo y 132 en el segundo grupo; para ello se apoyó de los cuestionarios SF-36, Medida de independencia funcional, Escala de Lawton, Escala de Berg y la Batería de Senior Fitness, en dicho estudio se encontró diferencias significativas entre ambos grupos en varias dimensiones de calidad de vida como funcionamiento físico, el estado emocional que favorezca a la realización de actividades, así mismo la salud física, mental y desempeño físico los valores más altos se presentaron en los adultos mayores no institucionalizados.

En 2013, Acosta Quiroz, Vales García, Echeverría Castro, Serrano Encinas y García Flores, en el estado de Sonora, documentaron la confiabilidad y validez del instrumento cuestionario para medir la Calidad de Vida WHOQOL-OLD, con 794 personas adultas mayores en donde los hombres consideran más alta su calidad de vida que las mujeres. El grupo de edad en donde se encontró más alta la puntuación fue el de quienes se encontraban entre los 60 a 79 años, tenían un mayor nivel educativo o ausentes de enfermedad a diferencia que los que tenían 80 años en adelante.

Hernández Huayta, Chavez Meneses & Carreazo (2016) realizaron un estudio de tipo transversal de octubre de 2014 a enero de 2016 en donde emplearon el instrumento WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD en poblaciones de 4 distritos que pertenecían al área rural y otra más al distrito urbano, haciendo un total de 240 para este último y 207 del medio rural. Se encontró



que todas las personas adultas mayores del medio rural evaluados con el WHOQOL-BREF reportaron mayor calidad de vida en todas las dimensiones con excepción en las relaciones sociales, en el área urbana presentan mayor calidad de vida en la dimensión de “Muerte y morir” e “Intimidad” del WHOQOL-OLD.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



1.5 Instrumento para el Estudio de Calidad de Vida de Personas Adultas Mayores

1.5.1 Cuestionario Breve de Calidad de Vida

Creado por Fernández Ballesteros & Zamarrón para evaluar la calidad de vida de personas mayores de 65 años en adelante, su elaboración se basó en el concepto multidimensional y salud de la OMS. Compuesto por 9 escalas que son: salud, interacción social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos; y servicios sociales y sanitarios; puede ser autoadministrado individual o en grupos aunque en casos necesarios puede ser aplicado por un profesional mediante entrevista el tiempo estimado de aplicación es de 20 minutos (Fernández Ballesteros, & Zamarrón. 1996); la fiabilidad de este cuestionario es de $\alpha=.70$ (Urrutia, Grasso & Guzmán, 2009)

1.5.2 Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

Es la versión reducida del WHOQOL-100 diseñada para ser aplicada a población en general o pacientes, conformada de 26 items, proporciona de manera rápida información para conocer el perfil de dimensiones de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente; por lo que su uso se recomienda más en estudios epidemiológicos que en el área clínica para conocer la calidad de vida. Para administrarlo se le pide a la persona que responda en base a cómo se ha sentido en las últimas dos semanas, es auto administrado; sin embargo, cuando la persona por razones de educación, cultura o salud no sea capaz de responder, se realizará en forma de entrevista



las preguntas. El instrumento está dividido en dimensiones que se puntúan de manera separada cada una, no todas las preguntas se califican de la misma manera por eso es necesario ajustar de forma inversa las opciones de respuestas en algunas preguntas; no existe punto de corte propuestos, por esa razón cuanto mayor sea la puntuación de cada dimensión mejor será el perfil de la calidad de vida (Servicio Andaluz de Salud, 2010). Este instrumento ha sido empleado en personas enfermas para conocer cambios que han modificado la calidad de vida, determinar pronósticos y evaluar algunas intervenciones. El objeto de estudio de este instrumento no se fija en aspectos funcionales, sino más bien en el nivel de satisfacción que la persona percibe en las distintas situaciones de su cotidianidad (Cardona Arias & Higuera Gutiérrez, 2014).

1.5.3 Medical Outcomes Study 36-Items Short Form Health Survey (SF-36)

Este instrumento consta de 36 preguntas creado a partir de una extensa batería de pruebas y explora: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental; sin embargo, no incluye escalas para trastornos del sueño, función cognitiva, familiar o sexual, que también pueden ser objeto de estudio cuando se evalúan poblaciones con enfermedades o efectos secundarios a tratamientos que pueden afectar estas áreas. De igual forma en población adulta mayor se ha presentado problemas esto es debido al tamaño de la letra, no se contesta, se



dejan espacios en blanco y se aplican en formato matriz para opciones de respuestas (Vilagut, et al., 2005).

1.5.4 Sickness Impact Profile (SIP).

Diseñado por profesores de las Universidades de Washington y Northwestern, en 1975 publicado como instrumento válido y confiable, su objetivo es medir el impacto de una enfermedad, permite conocer su percepción y crea un perfil a partir de los cambios generados, valora interacción social, deambulación, sueño y actividades de descanso, nutrición, trabajo, administración del hogar, movilidad y encierro, comunicación; ocio, pasatiempos y recreación; funcionamiento intelectual, interacción familiar, emociones, sentimientos y sensaciones; e higiene personal. La información se registra mediante entrevista o puede ser autoadministrado el instrumento. Hay una modificación especial para quienes sufrieron una lesión craneal (Manterola, Urrutia & Otzen, 2013)

1.5.5 Nottingham Health Profile (NHP).

En sus inicios fue creado en la Gran Bretaña para evaluar problemas físicos, sociales y emocionales en el primer nivel de atención. Construido a partir de la extracción de ítems de otros instrumentos entre ellos el Sickness Impact Profile; la primera versión era de 33 reactivos para posteriormente hacer una segunda versión compuesta de 45 preguntas dividido en dos parte,



la primera de 38 ítems que corresponden a capacidad física, dolor, sueño, aislamiento social, reacciones emocionales y nivel de energía; la segunda parte es opcional la aplicación ya que “proporciona un breve indicador de minusvalía” conformado por 7 ítems que valoran efectos de padecimientos en ocupación, trabajo, relaciones personales, sexualidad, vacaciones, etc. Valora de manera subjetiva la salud, de forma directa sentimientos y estados emocionales (Manterola, Urrutia & Otzen, 2013).

1.5.6 Índice Multicultural de Calidad de Vida (QLI-Sp)

Mezzich, Ruiperez, Perez, Youn, Liu & Mahmud en 2000 validaron la versión española de este índice empleado para la “evaluación integral, informada por la cultura y autoevaluada de la calidad de vida calificada por la salud”. En el estudio se incluyeron 60 pacientes psiquiátricos y 20 profesionales hospitalarios; para el año 2011 se presenta y valida en New York el Índice de Calidad de Vida Multicultural (Mezzich, Cohen, Ruiperez, Banzato & Zapata Vega, 2011)

Se valora en escala del 1 al 10, las dimensiones que comprende son: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y valoración global de calidad de vida.



1.5.7 Escala de Calidad de Vida WHOQOL-OLD.

Surge en el año 2000 como motivo de la interrogante acerca de si los instrumentos diseñados para evaluar la calidad de vida de personas adultas jóvenes pueden ser aplicados de la misma forma a las personas adultas mayores y una segunda cuestión era si las áreas abordadas con referencia a la calidad de vida tenían el mismo nivel de importancia para este grupo de personas que el resto. Para su desarrollo se basó del Cuestionario WHOQOL-100 como punto de referencia ya que en ese momento era la medida genérica de calidad de vida; quedando conformado por 24 preguntas que evaluaban seis facetas o dimensiones. En México hasta el 2013 fue validado en el estado de Sonora con 764 personas adultas mayores de entre 60 y 98 años obteniendo un $\alpha = .84$.

El instrumento es un cuestionario tipo Likert formado de 24 reactivos que van de una calificación del 1 al 5; se encuentra dividido en seis facetas que evalúan: Capacidad sensorial, Autonomía, Actividades pasadas, Participación/aislamiento, Intimidad y Muerte y agonía. Para el año 2018 Salcedo Muñoz en una unidad médica familiar de Aguascalientes realizó y validó la adaptación de este instrumento, en donde empleó 20 preguntas en donde valora las facetas de capacidad sensorial, autonomía, participación social, intimidad; y muerte y agonía, obteniendo un alfa de Crombach de 0.831.



2. Planteamiento del problema

A nivel mundial la presencia de enfermedades crónicas afecta a un elevado número de personas envejecidas; siendo las principales causas de muerte ya representan el 63 % de las defunciones cada año, además de que cada día va más en aumento (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2017).

En México tan sólo en el 2016 estas enfermedades generaron 300 mil defunciones de las personas adultas mayores, siendo las principales la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer; (Narro Robles, 2018).

En Tabasco el 31% padece diabetes, 21% hipertensión arterial sistémica, 20% enfermedades reumáticas y un 1% enfermedades cardiovasculares; es decir el 73% de la población envejecida tiene una enfermedad crónica (INAPAM, 2015).

Padecer de estas enfermedades crónicas también efectos negativos en el aspecto económico y social puesto que quienes padecen más de una enfermedad el gasto se multiplica por 6, además de que también repercute en la calidad de vida, salud y fuentes de ingreso de la persona que lo cuida, así mismo aparece la polifarmacia que es un factor de riesgo para generar reacciones medicamentosas, aumentando así la morbi-mortalidad; dando como resultado un alto costo tanto para la persona como para la familia o bien al sistema de salud.

Por ello en la medida que aparecen las enfermedades crónicas degenerativas en las personas adultas mayores también lo hacen sus efectos



psicosociales que interfieren en dichos padecimientos; razón por la cual surge la su importancia de la calidad de vida de estos (Camacho Cruz, Fuentes Colindres. 2015).

Por lo anterior, la pregunta de Investigación de este estudio es:

¿Cuál es la calidad de vida percibida de las personas adultas mayores que asisten a la consulta externa?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. Justificación

Los datos obtenidos de esta investigación permitirán conocer la calidad de vida de las personas adulta mayores en relación con su condición de salud particular. Esta es una investigación que ha sido sugerida por instituciones de investigaciones previas como la de Fernández Ballesteros (1997), Camacho Cruz & Fuentes Colindres (2014), desde 1996 la OMS (p:837) después de validar un instrumento que evalúa la calidad de vida destaca la importancia de realizar investigaciones, esto como investigación relativa al comparar que tipo de tratamiento le favorece más a un usuario, además refiere que de esta manera se puede sensibilizar al personal sanitario para que no sólo se centren en la enfermedad sino que determinen en qué manera afectan estos padecimientos en la persona y puede hacer una intervención oportuna; es decir, al realizar más estudios para conocer la calidad probablemente se logre una mejora en la calidad de atención sanitaria, además de que puede ser un parámetro a estudiar en los análisis de costo-beneficio para emplear de manera adecuada los recursos; la misma OMS (1998, p: 29) menciona que “es especialmente relevante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y las poblaciones discapacitadas” y para el 2018 expresa la importancia de una “Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud” estos a raíz de lo mencionado en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud en el cual se destaca la realización de investigaciones, nuevos mecanismos y métodos analíticos que permitan



mejorar el seguimiento, comprender el envejecimiento, así como mejorar las estadísticas sanitarias.

En México desde el año 2001 “El Programa de Acción: Atención al Envejecimiento” de la Secretaría de Salud ya se mencionaba la brecha de atención en los servicios que se brindaban a las personas adultas mayores, se enfatizaba que la atención debía ser multidisciplinaria e interinstitucional debido a que se necesitaba tanto del gobierno como de la sociedad para esta atención. De igual manera los programas enfocados a la atención de este grupo de edad eran muy costosas esto originado a una falta de planeación, control de calidad en los servicios, carencia de educación en prevención, llevando a la propuesta de generar más profesionales enfocados a este grupo etario y generar más investigaciones enfocadas al proceso de envejecimiento y sus consecuencias (Secretaría de Salud, 2001, p: 18-27).



4. Hipótesis

1. Existe una proporción del 50% de personas adultas mayores que asisten a servicios médicos en una unidad médica familiar.
2. Existe una correlación entre la Calidad de Vida de las personas adultas mayores y enfermedades crónicas.
3. La calidad de vida de las personas se encuentra en diferentes niveles.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. Objetivos

5.1 General

Conocer la calidad de vida de las personas adultas mayores que asisten a servicios médicos en una Unida Medica del estado de Tabasco en relación con la presencia de una enfermedad crónica.

5.2 Objetivos Específicos

1. Conocer la calidad de vida en personas adultas mayores que asisten a servicios médicos en una Unida Medica del estado de Tabasco.
2. Identificar la frecuencia de las enfermedades crónicas degenerativas.
3. Correlacionar la calidad de vida de las personas adultas mayores con las enfermedades crónicas degenerativas.



6. Materiales y métodos

6.1 Diseño

Se trató de un estudio cuantitativo, diseño descriptivo correlacional; ya que se describe y documenta la información en forma de variables identificables y medibles, para así analizar la relación entre la calidad de vida de las personas adultas mayores y la presencia de enfermedad crónica degenerativa. El diseño transversal se refiere a que la recolección de datos se realizó una sola vez en el tiempo.

6.2 Universo

De acuerdo a la consulta previa realizada a las autoridades de la unidad médica familiar en la que se realizó el estudio, no existe un registro exacto del número de personas adultas mayores que asiste a dicho sitio, esto debido a que cualquier persona con servicio médico de la institución nacional de salud de la que depende esa unidad, puede recibir servicio médico.

6.3 Muestra y muestreo

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, ya que solo se trabajó con aquellos adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión durante un periodo determinado.

6.4 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de cualquier sexo.
- Que tengan enfermedad crónica
- Que aceptaron participar en el estudio.



Haber firmado el consentimiento informado.

6.5 Criterios de no inclusión

Adultos mayores sin enfermedad crónica.

Quienes se negaron a participar en el estudio.

6.6 Método e instrumento de recopilación de datos

Para el desarrollo de la presente investigación, se empleó el “Cuestionario de Calidad de vida” WHOQOL-OLD 20 para evaluar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Se optó por este instrumento ya que es la adaptación más reciente, el cual fue aplicado en la consulta externa de una unidad médica familiar participando 372 usuarios y se obtuvo un alfa de Crombach de 0.831

6.7 Análisis de datos

Para realizar el análisis de datos de esta investigación se utilizará el programa estadístico SPSS.

6.8 Variables

Tabla 1 *Cuadro de variables*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
Edad	Número de años cumplidos por el sujeto al	Pregunta directa al sujeto	Cualitativa ordinal	Años



Sexo	momento del estudio Fenotipo del sujeto auto identificado	Reporte o identificación de la persona	Cualitativa dicotómica	Hombre Mujer
Estado civil	Estado de unión o asociación civil del sujeto al momento del estudio	Pregunta directa al sujeto	Cualitativa nominal	Casado(a) Unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Escolaridad	Máximo nivel de estudios alcanzado por el sujeto al momento del estudio	Pregunta directa al sujeto	Cuantitativa ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Superior
Remuneración económica	Estado de percepción económica	Pregunta directa al sujeto	Cualitativa nominal	Activo Inactivo
Con quien vive	Personas con las que comparte vivienda	Pregunta directa al sujeto	Cualitativa	Sólo(a) Pareja Hijos(as) Pareja e hijos(as) Otro familiar Cuidador(a)
Religión	Creencia cosmovisional o espiritual	Pregunta directa al sujeto	Cualitativa	Católica Otra (cristiano no católico) Ateo
Tipo de enfermedad crónica	Diabetes Hipertensión arterial Enfermedad renal Enfermedad endócrina Enfermedad oncológica Osteoartritis Enfermedad prostática Otras	Pregunta directa a la persona	Cualitativa	Sí/No
Tiempo	Tiempo en	Pregunta	Cuantitativa	Tiempo en



con la	años	directa a	años
enfermedad		la	
crónica		persona	

6.9 Consideraciones éticas

En esta investigación se respetó lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. Fracción V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17. Fracción I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, p: 3-5).



Artículo 23. En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Por las características del tipo de estudio, la investigación puede ser clasificada de nulo a bajo riesgo para los sujetos participantes; puesto que para su desarrollo no afectará a los participantes de forma experimental o intencional.

Se informó a las personas participantes acerca de los objetivos y características de esta investigación, incluyendo el procedimiento de levantamiento de datos, posteriormente se les pidió su autorización, cumpliendo así con el lineamiento ético del consentimiento informado.



7. Resultados

Se informó a las personas participantes acerca de los objetivos y características de esta investigación, incluyendo el procedimiento de levantamiento de datos. En este estudio participaron 101 personas adultas mayores que asistieron a consulta externa de una Unidad Médica Familiar. Las personas participantes respondieron a dos cuestionarios: el cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de calidad de vida del adulto mayor de la OMS en español y adaptado por Salcedo Muñoz (2018).

La aplicación del instrumento estuvo a cargo de la investigadora, posterior a la recolección de datos se prosiguió a capturar en un software estadístico SPSS 22 para su análisis descriptivo.

7.1 Variables sociodemográficas

7.1.1 Sexo

Del total de las personas adultas mayores participantes 53 (52.5%) fueron hombres, el 47.5% restante fue representado por 48 mujeres.

7.1.2 Edad

La media de edad fue de 68.43 años, dentro de las que oscilaron entre los 60 hasta los 93 años, la moda fue de 60.



7.1.3 Estado civil

El estado civil con mayor frecuencia fue el casado con 72 usuarios (71.3%), seguido del estado de viudez con 18 personas que representaron al 17.8%.

7.1.4 Escolaridad

El nivel de escolaridad que más puntuó fue el de primaria en 32 participantes es decir, 31.7%; le siguió con 22 secundaria que representó al 21.8%.

7.1.5 Remuneración económica

Se encontró que el 27.7% aún se encontraban económicamente activos y eran remunerados, mientras que el 72.3% restante estaban ya inactivos.

7.1.6 Con quien vive

En cuanto a con quien comparte vivienda el 40.6% (41) viven con su pareja, seguido de ellos, el 33.7% (34) viven con su pareja e hijos y tan sólo el 16.8% (17) viven con sus hijos.

7.1.7 Religión

Del total de los encuestados el 35.6% (36) profesaban la religión católica, otro 35.6% eran creyentes cristianos y un 2% era ateo.



Tabla 2
Datos sociodemográficos

Variable	N (%)
Sexo	
Hombre	53 (52.5)
Mujer	48 (47.5)
Edo. Civil	
Casado/a	72 (71.3)
Unión libre	3 (3)
Separado/a	4 (4)
Divorciado/a	4 (4)
Vjudo	18 (17.8)
Escolaridad	
Ninguna	17 (16.8)
Primaria	32 (31.7)
Secundaria	22 (21.8)
Bachillerato	12 (11.9)
Superior	18 (17.8)
Remuneración Económica	
Activo	28 (27.7)
Inactivo	73 (72.3)
Con quien vive	
Solo	6 (5.9)
Pareja	41 (40.6)
Hijos/as	17 (16.8)
Pareja e hijos	34 (33.7)
Otro familiar	2 (2)
Cuidador	1 (1)
Religión	
Católica	36 (35.6)
Otra (cristiano)	36 (35.6)
Ateo	2 (2)

7.2 Frecuencia y tiempo con enfermedades crónicas.

7.2.1 Enfermedad de diabetes

Del total de los encuestados el 55.4% presentó la enfermedad, el 44.6% restante estaba ausente de ella, su rango fue de 0 a 40, la media fue de 8.56 y su desviación estándar de 10.45



7.2.2 Hipertensión arterial

Esta fue la enfermedad con más presencia ya que el 75.2% la padecía, mientras que el 24.8% no la presentaba, el rango fue de 1-40, la media de 10.73 y desviación estándar de 10.64.

7.2.3 Enfermedad renal

El 2% reportó que padecía de esta enfermedad, mientras que el 98% estaba ausente, el rango fue de 7 a 8, la media fue de .14 y 1.02 de desviación estándar.

7.2.4 Enfermedad endócrina

Esta fue reportada por el 2% de los encuestados, mientras que en el 98% restante no se presentó, el rango fue de 0 a 5, la media de .04 y en la desviación estándar .49.

7.2.5 Enfermedad oncológica

Esta enfermedad fue la única que estuvo ausente en el 100% del total de las personas que participaron.

7.2.6 Osteoartritis

Se encontró en el 2% de los participantes, a diferencia del 98% restante que no la presentó, el rango fue de 8 a 20, una media de .27 y una desviación estándar de 2.13.



7.2.7 Enfermedad prostática

Estuvo presente en el 2%, mientras que en el 98% no se presentó, su rango fue de 2 a 4, media de .05 y .44 de desviación estándar.

7.2.8 Otras

En otras enfermedades se encontró un porcentaje de 5.9%, su rango fue de 2 a 4, media de .05 y desviación estándar de .44 (ver tabla 3).

Tabla 3 *Frecuencia y tiempo con enfermedades crónicas.*

Variables			
Diabetes			
Sí	55.4%		
No	44.6%		
Rango (0-40)	Media: 8.5644	D.E: 10.45219	
Hipertensión arterial			
Sí	75.2%		
No	24.8%		
Rango (1-40)	Media:10.7327	D.E: 10.64133	
Enfermedad renal			
Sí	2%		
No	98%		
Rango (7-8)	Media: .1485	D.E: 1.05248	
Enfermedad endócrina			
Sí	2%		
No	98%		
Rango (0-5)	Media: .0495	D.E: .49752	
Enfermedad oncológica			
Sí	0%		
No	100%		
Rango (0)	Media: .0000	D.E: .00000	
Osteoartritis			
Sí	2%		
No	98%		



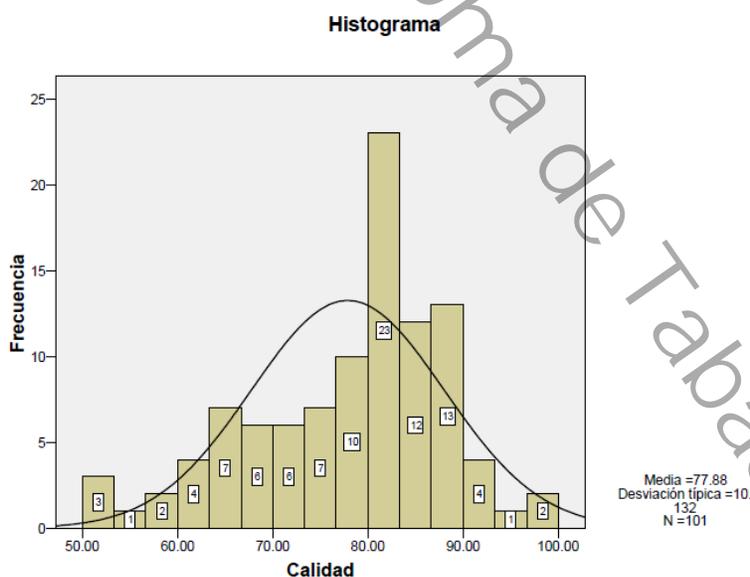
Rango (8-20)	Media: .2772	D.E: 2.13597
Enfermedad prostática		
í	2%	
No	98%	
Rango (2-4)	Media: .0594	D.E: .44321
Otras		
Sí	5.9%	
No	94.1%	
Rango (2-4)	Media: .0594	D.E: .44321

7.3 Dimensiones de calidad de vida.

7.3.1 Calidad total

Se observaron valores mínimos de 52 y un máximo de 100, con rango de 48 puntos; se encontró una media de 77.88, su desviación estándar global de 10.13 y una varianza de 102.66 (Figura 1).

Figura 1. Frecuencias de calidad total.





7.3.1 Dimensión de “Funcionamiento sensorial”.

Posterior a la aplicación del instrumento Whoqol – Old versión de 20 ítems, en esta dimensión se encontró que el puntaje iba de 5 como mínimo y un máximo de 20, con un rango de 15 puntos y una media de 15.07 ± 3.58 ; y una varianza de 12.834.

7.3.2 Dimensión de “Autonomía”.

Para la dimensión de autonomía los puntajes van del 6 al 20 para mínimo y máximo respectivamente, su rango fue de 14 puntos, fue la media más baja con respecto a las demás dimensiones, encontrándola en 14.62 ± 3.04 y varianza de 9.27.

7.3.3 Dimensión de “Participación social”.

En cuanto a la participación social se observó un puntaje mínimo de 8, siendo este el más alto a diferencia de las dimensiones y un máximo de 20, encontrando un rango de 12 puntos; para la media se apreció un 15.20 ± 2.66 y varianza de 7.08.

7.3.4 Dimensión de “Intimidad”.

Los valores mínimos encontrados en esta dimensión fue de 7 y el máximo de 20, su rango fue de 13 puntos; se encontró una media de 15.21 ± 2.52 y 6.35 para varianza.



7.3.5 Dimensión de “Muerte y morir”.

En esta dimensión los valores mínimos y máximos oscilaron entre 5 y 20 respectivamente y un rango de 15 puntos; la media fue de 17.75, siendo esta la más alta de todas las dimensiones evaluadas; \pm de 3.32 y 11.04 para varianza.

7.3.6 Calidad global

En cuanto las dimensiones del instrumento, que van de 5 a 20 puntos, la media más baja fue en la 14.6, en la dimensión de autonomía, y la más alta “muerte y morir”, con una media de 17.75.

Tabla 4 Frecuencias absolutas de dimensiones de Calidad de vida (Whoqol-Old).

Dimensiones	Media	Desv estándar	Varianza
Funcionamiento sensorial	15.0792	3.58241	12.834
Autonomía	14.6238	3.04582	9.277
Participación social	15.2079	2.66202	7.086
Intimidad	15.2178	2.52033	6.352
Muerte y morir	17.7525	3.32387	11.048
	77.8812	10.13241	102.666



7.4 Correlaciones.

Se encontró una correlación positiva significativa, pero débil, entre el puntaje de calidad de vida y la variable escolaridad ($r=.23$, $p=.01$, < 0.05), así también como una correlación significativa, negativa y débil entre calidad de vida y remuneración económica ($r=-.23$, $p=.01$, < 0.05). No se encontraron correlaciones significativas entre el puntaje total de calidad de vida y las variables de edad, sexo, estado civil u otras variables sociodemográficas.

Se encontró una correlación significativa, positiva y débil entre calidad de vida y no tener diabetes ($r= .21$, $p= .03$, < 0.05). No existieron correlaciones significativas entre la calidad de vida y las variables de otras condiciones de enfermedades crónicas.



8. Discusión

Se encontró que las personas participantes en su mayoría fueron hombres 52.5% y un 47.5% mujeres, datos que varían a los reportados en estudios similares por Camacho Cruz y Fuentes Colindres (2014); así como Acosta Quiroz, Vales García, Echeverría Castro, Serrano Encinas y García Flores (2013), que en sus investigaciones reportaron más participantes mujeres que hombres. De igual forma, los datos encontrados difieren de las cifras del INEGI (2010) en que se reporta una presencia de 7.4% de hombres y 7.3% de mujeres adultas mayores que habitan en Cunduacán. Si bien las diferencias en las proporciones no son mayores a 6%, esta abre la interrogante de por qué en el lugar de la investigación participaron más hombres. Una de las posibles hipótesis incluye los estilos de vida, hábitos de movilidad, apego al tratamiento y su relación con factores de géneros.

El estado civil que predominó más fue el “casado” con 71.3% de los participantes seguido con un 17.8% el estado de “viudez”. Estos resultados se parecen a los de Bravo Hernández, Noa Garbey, Gómez Lloga y Soto Martínez (2018); pero no coincide con lo encontrado con Herazo Beltrán, Quintero Cruz, Pinillos Patiño, García Puello, Nuñez Bravo & Suárez Palacio (2017) ya que en su estudio más del 60% de los participantes se encontraba sin pareja. Estos datos describen las características propias en las que se circunscribe esta muestra.

Es importante recalcar que, solamente el 27.7% de las personas participantes se encontraban realizando alguna actividad que le generara



remuneración económicamente; sin embargo, en este estudio no se contempló otro ingreso como pensión o ingresos económicos de familiares.

Se encontró que la mayoría de participantes comparte vivienda, el 40.6% viven con su pareja, el 33.7% viven con su pareja e hijos, el 16.8% viven con sus hijos, es decir la mayoría vive acompañado de un familiar y lo cual puede resultar beneficioso en su calidad de vida ya que en base a lo reportado por Estrada, *et al* (2011) tener un red social o familiar influye de manera positiva, en su estudio las personas que se encontraban solas y decidieron ingresar a un centro residencial geriátrico de manera voluntaria mostraron una asociación positiva en su calidad de vida, son más autónomos e independientes a diferencia de quienes fueron llevados por sus familiares a dicho centro.

Se encontró que el nivel de escolaridad más reportado fue el de primaria en 31.7%; le siguió el de secundaria que representó al 21.8%, estos hallazgos son similares a los reportado por Estrada, Cardona, Segura Chavarriaga, Ordoñez y Osorio (2011), así como Acosta Quiroz, Vales García, Echeverría Castro, Serrano Encinas y García Flores (2013) en donde predominó el nivel de estudios de primaria en sus participantes, así mismo coincide con datos del INEGI (2010), pues menciona la existencia de una correlación que a mayor edad menor es el nivel de escolaridad; sin embargo existe una diferencia con las cifras reportadas a nivel estatal al 2010, pues el 59.7% tenía estudios de primaria y 6.4% de secundaria. Por su parte, en la Guía Calidad de Vida en la Vejez (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011) se menciona que el nivel de educación que alcanza una persona guarda relación con el nivel de



satisfacción de vida, debido a que le ayuda a una mejor adaptación y oportunidades en su entorno

En cuanto a religión se observó que el 35.6% era católico y en misma proporción los creyentes cristianos, mientras que un 2% era ateo; estos datos varían de los reportados al 2010 por el INEGI en donde el 86.5% era católico, el 9.1% profesaba otra religión y un 3.2% no tenía religión; pero sí coinciden con la tendencia a nivel nacional y estatal de una disminución de personas adultas mayores que practican la religión católica, así mismo una tendencia a la alza de practica de otra religión o no practicar ninguna religión. Futuros estudios podrían incluir también énfasis en la forma en que la filosofía personal o creencias de la población de estas edades están relacionadas con su percepción de bienestar, en un contexto específico como en el que se realizó esta investigación.

Las principales enfermedades encontradas en los participantes fueron hipertensión arterial y diabetes; datos que son similares con los hallazgos de Urzúa, Bravo, Ogalde & Vargas (2011) en la ciudad de Antofagasta Chile, en donde se reportaron presencia de hipertensión arterial, diabetes y enfermedades musculo esqueléticas.

En un estudio realizado por Castillo Sánchez (2012) con 226 participantes que presentan diabetes encontró que el 59.3% tienen una calidad de vida desfavorable, 33.2% poco favorable y sólo el 7.5% favorable; en otra investigación realizada por Camacho Cruz y Fuente Colindres (2014) en su



estudio de 80 participantes el 2.5% refirió tener muy buena calidad de vida, el 48.7% buena calidad de vida, un 41.3% regular y 7.5% mala calidad de vida.

Mientras que Estrada et al (2011) empleando el WHOQOL-OLD versión de 24 items, las puntuaciones de Calidad de Vida oscilaron entre 21.9 y 87.5, en donde el 25% obtuvieron 47.9 puntos y el 75% de 65.6 puntos.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



9. Conclusiones

La muestra de estudio tenía características sociodemográficas que hasta cierto punto era homogéneas, empezando con el contar con acceso a servicios de salud, lo cual podría explicar el hecho de que las principales variables sociodemográficas no guardaron correlación con el puntaje total de calidad de vida.

Aunque las correlaciones significativas encontradas fueron débiles, es importante reconocer que, en las condiciones como la condición de tener diabetes, nivel de escolaridad y contar con una remuneración o ingreso económico, pueden estar ligadas a la percepción de calidad de vida de las personas.

En este estudio se encontró que en la población estudiada existe una media de 77.88 puntos de Calidad de Vida, considerando que los valores oscilaron entre 52- 100 para mínimos y máximos respectivamente; es importante mencionar que sólo se contemplaron a las personas adultas mayores que asistían a consulta externa de una unidad de medicina familiar y por lo tanto no se puede generalizar un comportamiento similar para el resto de las personas adultas mayores que presentan las mismas enfermedades.

Actualmente existen pocos estudios para conocer la calidad de vida de las personas adultas mayores, tan sólo en México existen dos estudios de validaciones del Instrumento WHOQOL-OLD; y por consiguiente se toman a consideración para comparar otras poblaciones de Latinoamérica con otros



instrumentos, en dónde los sistemas de salud y condiciones sociodemográficas son distintos.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. Recomendaciones

En esta investigación se estudiaron a personas con enfermedad crónica derechohabientes de una institución que asisten periódicamente a control, se recomienda hacer más investigaciones con las personas adultas mayores ausentes de enfermedades crónicas.

La población de estudio fue conformada por los usuarios de una unidad médica familiar que participaron de manera voluntaria, sin embargo, este tipo de estudio se podría realizar con una población mayor o hacerlo simultáneamente en distintas instituciones de salud en donde este grupo etario tenga atención de este tipo de enfermedades.

Para conocer más a profundidad la calidad de vida de las personas adultas mayores se puede indagar con otros estudios cualitativos en caso de ser necesario.

El estudio fue aplicado en una zona urbana, razón por la que se plantea realizar investigaciones en zonas rurales en donde también se puede explorar la calidad de vida de las personas adultas mayores que pueden pertenecer a algún grupo indígenas, personas con menor nivel de escolaridad, menos acceso a los servicios de salud, de alguna religión en específica o de diferentes poblaciones; y así conocer un poco más la percepción de la calidad de vida de manera transcultural.

La mayoría de los participantes vivía en compañía de un familiares; y muy pocos acompañados de un cuidador o sólo en su casa; razón por la que surgen



las interrogantes ¿Por qué prefieren vivir solas o con un cuidador las personas adultas mayores antes que ir a una residencia para adultos mayores?, y ¿cómo es la calidad de vida de las personas institucionalizadas? Ante esto se recomienda hacer exploraciones en la población institucionalizadas para este grupo de personas.

El instrumento empleado es de rápida aplicación y entendible por los usuarios, por lo que se sugiere aplicarlo durante la consulta diaria ya que de esta manera además de conocer la calidad de vida de las personas adultas mayores, se puede hacer detección oportuna de algún problema tanto físico, como mental o social.



11. Referencias

- Acosta Quiroz, C., Vales García, J., Echeverría Castro, S., Serrano Encinas, D., & García Flores, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*. 23(2). 241-250. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- Aguilar, J.M., Álvarez, J. y Lorenzo, J.J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 4(1). 161-168. Recuperado de: http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_161-168.pdf
- Bartra, A., & Renzo, C. (2013). La enfermedad del siglo XXI y la calidad de vida en adultos mayores en Tarapoto. *Apuntes universitarios*. (1). 141-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467646126008.pdf>
- Bravo Hernández, N., Noa Garbey, M., Gómez Lloga, T., & Soto Martínez, J. (2018). Repercusiones del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Información Científica*. 87(3). 596-605. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=3e4603fa-9fb2-4d6b-96bc-f955b2cbc0b7%40sessionmgr4006>
- Cáceres Rivera, D., Roa Díaz, Z., Domínguez, C., Carreño Robayo, J., & Orozco Levi, M. (2018). Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med UNAB*. 21(1). 46-58. Recuperado de:



<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/970684/2512-10378-1-10-20181119-calidad-de-vida.pdf>

Camacho Cruz, M., & Fuentes Colindres, A. (2014). *Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa que asisten al grupo de ayuda mutua en dos centros de salud rurales del Estado de México*. (Tesis de licenciatura). Toluca, Estado de México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14448/420578.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cardona Arias, J., & Higuera Gutiérrez, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 40(2) 175-189. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003

Cardona, D., Estrada, A., & Byron Agudelo, H. (2006.). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*. 26. 206-215. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1410>

Castillo Guzmán, A., Arocha Merino, C., Armas Rojas, N., Castillo Arocha, I., Cueto Cañabate, M., & Herrera Giro, M. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 27(3). Recuperado de:



[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003&lng=es&tlng=es)

Castillo Sanchez, E. (2012). *Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2*. (Tesis de especialidad). Edo. Mex.

Dirección de investigación del Gobierno de México. (28 de Diciembre de 2017). *¿Qué es la calidad de vida?* Obtenido de gob.mx. Recuperado de: <http://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>

Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Chavarriaga, L., Ordoñez, J., & Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 31. 492-502. Recuperado de: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399>

Fernandez Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Armario de psicología*. (73). 89-104.

Fernandez Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti2.htm>

Fernandez Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. (1996). CUBRECAVI Cuestionario Breve de Calidad de Vida. *TEA Ediciones*. Recuperado de: <http://web.teaediciones.com/cubrecavi-cuestionario-breve-de-calidad-de-vida.aspx>



Fondo de Población de Naciones Unidas y HelpAge International. (2012).

"Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un Desafío". Recuperado

de: <http://www.helpage.org/la/nete/reporte-global/>

Glosario gerontológico. (s.f.) Recuperado de:

<http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO GERONTOLOGICO.pdf>

Herazo Beltran, Y., Quintero Cruz, M., Pinillos Patiño, Y., García Puello, F., Nuñez

Bravo, N., & Suarez Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y

condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Revista Latinoamericana de Hipertensión. 12(5). 174-181. Recuperado de:

[http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=3e4603fa-](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=3e4603fa-9fb2-4d6b-96bc-f955b2cbc0b7%40sessionmgr4006)

[9fb2-4d6b-96bc-f955b2cbc0b7%40sessionmgr4006](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=3e4603fa-9fb2-4d6b-96bc-f955b2cbc0b7%40sessionmgr4006)

Hernández Huayta, J., Chavez Meneses, S., & Carreazo, N. (2016). Salud y calidad

de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev Perú Med*

Exp Salud Pública. 33(4). 680-688. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/363/36349330010.pdf>

Hernández Navor, J., Guadarrama Guadarrama, R., Castillo Arellano, S., Arzate

Hernández, G., & Márquez Mendoza, O. (2015). Validación de WHOQOL-OLD

en adultos mayores de México. *Revista Latinoamericana de Ciencia*

Psicológica. 7(3). 397-405. Recuperado de:

http://www.cienciapsicologica.org/psiencia/7/3/21/PSIENCIA_Revista

[Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_7-3_HernandezNavor-et-al.pdf](http://www.cienciapsicologica.org/psiencia/7/3/21/PSIENCIA_Revista_Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_7-3_HernandezNavor-et-al.pdf)



Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Perfil sociodemográfico Estados*

Unidos Mexicanos. Aguascalientes. Recuperado de:

https://mexico.werthmuller.org/kulturgeschichte/sprachenvielfalt/CPV2010_Perfil_sociodemografico_Part1.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de*

adultos mayores. Aguascalientes. Recuperado de:

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf

Instituto Nacional de Geriatria. (2017). *Envejecimiento.* Recuperado de:

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2015). *Perfil Demográfico,*

Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. Recuperado de:

<http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *La importancia de la*

gerontología y el papel de las y los gerontólogos. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-importancia-de-la-gerontologia-y-el-papel-de-las-y-los-gerontologos?idiom=es>



- LAWi Plataforma digital de derecho, ciencias sociales y humanidades. (2014). *Unidad Médica*. Recuperado de: <https://leyderecho.org/unidad-medica/>
- Loredo Figueroa, M., Gallegos Torres, R., Xequé Morales, A., Palomé Vera, G., & Juárez Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 13(3). 159-165. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
- Manterola D., C., Urrutia, S., Otzen H., T. (2013). Calidad de Vida Relacionada con Salud. Una variable a considerar en Investigación Clínica. *Int J. Morphol.* 31(4), 1517-1523. Recuperado de: http://www.intjmorphol.com/wp-content/uploads/2016/09/Art_59_3142013.pdf
- Mezzich, J., Cohen, N., Ruipérez, M., Banzato, C., & Zapata Vega, M. (2011). El Índice de Calidad de Vida Multicultural: presentación y Validación. *Revista de evaluación en la práctica clínica*. 17(2). 357-364. Recuperado de: <https://insights.ovid.com/crossref/00066683-201104000-00029?isFromRelatedArticle=Y>
- Mezzich, J., Ruipérez, M., Pérez, C., Yoon, G., Lui, J., & Mahmud, S. (2000). La versión española del índice de calidad de vida: presentación y validación. *El diario de la enfermedad nerviosa y mental*. 188(5). 301-305. Recuperado de: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=10830568>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? 385-387. Recuperado de:



https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p38-5-387_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud Glosario. 1-35.

Ginebra. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=4E8C0C1F480AF17E02CB5258C672788B?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Boletín sobre el Envejecimiento. Perfiles y tendencias.* Recuperado de:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y la salud.* Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Concepto de salud.* Recuperado de:

<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Enfermedades crónicas.* Recuperado de:

https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización de Naciones Unidas. (2010). *Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: Una carga económica para los servicios de salud.* Recuperado de:

<https://unchronicle.un.org/es/article/enfermedades-relacionadas-con-el-estilo-de-vida-una-carga-econ-mica-para-los-servicios-de>



Pontificia Universidad Católica de Chile. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez*.

Recuperado de: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Peña Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F., & Bazán Castro, M. (2009).

Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14(2). 53-61. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

(1984). Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Rodriguez Astudillo, M., & Verdugo Carrión, Z. (2018). *Calida de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas del Cantón Nabón*. Cuenca. 2017. Tesis de

Licenciatura. Cuenca. Recuperado de:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30386/1/PROYECTO%20D E%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>

Rubio Olivares, D., Rivera Martínez, L., Borges Oquendo, L., & González Crespo, F.

(2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA*.(61). 1-7. Recuperado

de: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

Salcedo Muñoz, J. (2018). *Percepción de la calidad de vida mediante el WHOQOL-*

OLD en adultos mayores de la consulta externa de la UMF 1 de la delegación IMSS, Aguascalientes, Ags. [Tesis de Especialidad]. Aguascalientes.



Recuperado de:

<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1657/434978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Secretaría de Salud. Prensa. (2018). Recuperado de:

<https://www.gob.mx/salud/prensa/147-enfermedades-cronicas-degenerativas-principales-causas-de-muerte-en-adultos-mayores>

Servicio Andaluz de Salud (2010). Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF. Anexo 3.1 de la publicación "Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco". Recuperado de:

http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf

Soberanes Fernández, S., González Pedraza, A., & Moreno Castillo, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14(4). 161-172. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/473/47326415003.pdf>

Sociedad Española de Gerontología y geriatría. (13 de febrero de 2017). En España el 63 por ciento de los mayores de 65 años presenta, al menos, una enfermedad crónica. [Comentario en una nota de prensa en línea]. Recuperado de:

<https://www.segg.es/ciudadania/2017/02/13/en-espa%C3%B1a-el-73-por-ciento-de-los-mayores-de-65-a%C3%B1os-presenta-alguna-enfermedad-cronica>



- Urrutia, A. I. Grasso, L.T.P. & Guzmán, E.R. (2009). Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. *Evaluar*. (9).64-71. Recuperado de: <file:///C:/Users/ONE/Downloads/464-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1523-1-10-20110906.pdf>
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde , M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev. Med. Chile*.(139). 1006-1014. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n8/art05.pdf>
- Urzua & Navarrete (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas de WHOQol-Old en población chilena. *Rev. Med de Chile*. 141 (1). 28-33. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n1/art04.pdf>
- Vargas Ricardo, S, & Melguizo Herrera, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores de Cartagena, Colombia. 19(4). *Rev. de Salud Pública*. 549-554. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n4/0124-0064-rsap-19-04-00549.pdf>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer Miralda, G., Quintana, J., . . . Red-IRYSS. (2005). El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 19(2). 135-150. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv19n2/revision1.pdf>



World Health Organization. (2006). The WHOQOL-OLD module-manual.
Copenhagen. Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



12. Anexos

A. CUESTIONARIO DE LOS DATOS SOCIOECONÓMICOS Y DE MORBILIDAD

El presente cuestionario tiene por objetivo conocer el perfil sociodemográfico y la percepción del bienestar de los pacientes, que asisten a la consulta externa de la unidad médica familiar del ISSSTE de Cunduacán, Tabasco.

La información proporcionada será completamente confidencial y de uso exclusivo de la investigadora; se le solicita que lea con atención cada pregunta y conteste con seriedad. Gracias por su participación.

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿Cuál es su sexo? Hombre _____ Mujer _____
3. ¿Cuál es su estado civil?
 1. Soltero/a _____
 2. Casado/a _____
 3. Unión libre _____
 4. Separado/a _____
 5. Divorciado/a _____
 6. Viudo _____
4. ¿Qué escolaridad tiene? (Marque el último que haya completado)
 1. Ninguno _____
 2. Primaria _____
 3. Secundaria _____
 4. Preparatoria _____
 5. Superior _____
5. ¿Se encuentra actualmente realizando alguna actividad con remuneración económica?
 1. Activa _____
 2. Inactiva _____
6. ¿Con quién vive?
 1. Solo _____
 2. Con pareja _____
 3. Con hijos _____
 4. Pareja e hijos _____
 5. Otro familiar _____
 6. Cuidador _____
7. ¿Cuál es su religión que practica?
 1. Católica _____
 2. Otra _____
1. ¿Qué enfermedades tiene?
 1. Diabetes _____
 2. Hipertensión _____
 3. Renales _____
 4. Endócrinas _____
 5. Oncológicas _____
 6. Otras _____¿Cuáles?
9. ¿Desde cuándo la tiene? _____



B. CUESTIONARIO WHOQOL-OLD VERSIÓN 20

INSTRUCCIÓN: Este cuestionario pregunta sobre sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata temas que pueden ser importantes para usted como adulto mayor y como miembro de la sociedad.

Por favor, responda a las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una "X" en la respuesta que mejor considere para cada pregunta. Por favor conteste todas las preguntas.

DIMENSIÓN 1 CAPACIDAD SENSORIAL. Las siguientes preguntas son en relación a la capacidad sensorial y abarca 4 puntos como los problemas, la pérdida, la relación y la función de sus funciones sensoriales con su vida personal y social.

1.- ¿En qué medida la alteración de sus sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto) afectan su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

2.- ¿En qué medida la pérdida, por ejemplo, de la audición, visión, gusto, olfato o del tacto, afecta su capacidad para participar en actividades?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

12.- ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
5	4	3	2	1

25.- ¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato y tacto)?

Muy mal	Mal	Ni mal ni bien	Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 2 AUTONOMÍA. Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en relación a su autonomía y abarca 4 puntos como son las libertad para sus decisiones, el control, el respeto y su capacidad para realizar las cosas.

3.- ¿Cuánta libertad tiene para formar sus propias decisiones?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5



4.- ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

17.- ¿En qué medida siente que sale tanto como desearía?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

26.- ¿Cuánto participa en actividades que son interesantes para usted?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 3 PARTICIPACIÓN SOCIAL. Las siguientes preguntas hacen referencia a la participación en actividades de la vida diaria, especialmente en la comunidad. Tomando en cuenta el tiempo y la satisfacción para sus actividades.

19.- ¿En qué grado está satisfecho (a) con su contribución a la sociedad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21.- ¿En qué grado está satisfecho (a) de la manera en que utiliza su tiempo?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22.- ¿En qué grado está satisfecho (a) con su nivel de actividad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23.- ¿En qué grado está satisfecho (a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?

Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho (a) Ni satisfecho (a)	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5



DIMENSIÓN 4 INTIMIDAD. Las siguientes preguntas hacen referencias a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero (a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

27.- ¿En qué medida tiene oportunidades para compartir sus pensamientos más íntimos?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

28.- ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía su vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

29.- ¿En qué medida experimenta amor en su vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

30.- ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

DIMENSIÓN 5 MUERTE. Las siguientes preguntas hacen referencia con inquietudes, preocupaciones y temores de la muerte y el morir.

8.- ¿En qué grado está preocupado/a sobre la manera en que morirá?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9.- ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

10.- ¿En qué grado está asustado (a) de morir?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

11.- ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5