



Abril 2009

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

***Gabriela Maldonado Guzmán**

****Susana Virginia Mendiola Infante**

Profesiones: Enfermeras

Grados Académicos:

*Licenciatura en Enfermería, Maestría en Ciencias de Enfermería

**Licenciatura en Enfermería, Maestría en Ciencias de Enfermería, Maestría en Ciencias de la
Salud

Afiliación Institucional

*Universidad Autónoma de Tamaulipas, Hospital Civil de Ciudad Victoria Tamaulipas.

**Universidad Autónoma de Tamaulipas, Centro de Salud Urbano de Ciudad Victoria
Tamaulipas

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Maldonado Guzmán y Mendiola Infante: *Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores*, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, abril 2009. www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm

Resumen

Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores

Introducción: El incremento en la esperanza de vida en la sociedad ha generado un creciente interés por las personas mayores. Actualmente son bastantes las investigaciones que se centran en los factores que afectan la CV en la medida en que esta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio (Bazo, 1998).

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, la población de estudio estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad; el instrumento que se utilizó para valorar la variable CV, es el Instrumento MGI Calidad de Vida” construido y validado en Cuba.

Resultados: En los niveles de CV en los adultos mayores, se encontró el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” de calidad de vida con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0% respectivamente.

Discusión: El estudio realizado en los adultos mayores respecto a la autopercepción de la CV mostró que el nivel de CV bajo se presentó con mayor frecuencia (36,7%), por grupo de edad se presentó igualmente un nivel bajo en los grupos de 60 a 75 años; estos resultados coinciden con los encontrados por Marshall y cols. quienes reportaron bajo nivel de la CV en el 47,7% de los entrevistados y respecto a la CV por grupos de edad un nivel “muy bajo” en el grupo de 60-74 con 6,1%.

Key words: Autopercepción, calidad de vida y adulto mayor.

Summary

Quality of life autoperception in older adults

Introduction: The increase in the life expectancy in the society has generated an increasing interest for the major persons. Nowadays there are many researches that have been focused on the factors that affect the quality of life (QL) in the measure in which this one turns into an indicator of satisfactory aging.

Methods: Descriptive, transverse study, the studied population was shaped by 30 older adults from 60 to 90 years old, the instrument used in order to value the QL variable, is the M.G.I tool "Quality of Life", constructed and validated in Cuba

Results: In QL's levels in older adults, one found the major percentage in the "low" level with 36,7 %, followed by the "average" level of life quality with 33,3 % and the lowest values fitted to the levels "very down" and "high" with 20,0 % and 10,0 % respectively.

Discussion: The study made to older adults about the QL autoperception showed "low level" of QL was presented with major frequency (36,7 %); similarly by age group, was presented "low level" in the groups of 60 to 75 years old; these results coincide with the found ones by Marshall and cols, whom reported besides "low level" of the QL in 47,7 % of the interviewed ones, "very low level" of QL at 60–74 years old group (6.1%).

Key words: Autoperception, Quality of Life, Older Adults

Introducción

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo, en términos demográficos se refiere al aumento relativo de personas de 60 años de edad y más, y a una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer ⁽¹⁾.

El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el estatus de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés ⁽²⁾.

En la actualidad, de acuerdo con los resultados del último recuento Censal en México, residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo rango de edad ⁽³⁾.

El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital ⁽⁴⁾. Las personas en la actualidad están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud; pero precisamente el hecho de que se viva más conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes que conlleven a la disminución del nivel de Calidad de Vida [CV] ⁽²⁾.

El incremento en la esperanza de vida en la sociedad ha generado un creciente interés por las personas mayores. Actualmente son bastantes las investigaciones que se centran en los factores que afectan la CV en la medida en que esta se convierte en un indicador de envejecimiento satisfactorio. Todas ellas comparten la idea de que no solo es relevante un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social ⁽⁵⁾.

En el contexto anterior el aumento en la longevidad no esta necesariamente asociada a mejor CV ⁽⁶⁾. La CV es un concepto complejo, al igual que la salud, donde distintas dimensiones pueden ser identificadas. Es un concepto además en el que cobra preponderancia la valoración subjetiva de cada persona, pero que mantiene estrechos lazos con indicadores objetivos como el nivel socioeconómico, la edad, el medio ambiente, etc. La CV puede ser medida a través de indicadores, tales como el nivel de salud y los ingresos, y a través de indicadores subjetivos; diversos autores han definido el concepto de calidad de vida, siendo la subjetividad siempre un componente esencial de esas definiciones.

En este sentido la OMS ⁽⁷⁾ define la CV como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado

hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su CV ⁽⁸⁾.

De acuerdo a algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez; es el principal criterio de un envejecimiento exitoso.

Esta investigación esta centrada en la CV subjetiva, a partir del supuesto de que es un elemento clave en el envejecimiento satisfactorio, el cual se apoya en el grado de satisfacción y bienestar percibido. La CV refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas. La meta de mejorar la CV, junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado una mayor importancia en promoción de la salud ⁽⁷⁾.

Durante los últimos años esta habiendo una evolución conceptual importante hacia la consideración de variables tanto objetivas como subjetivas en la atención e intervención con personas mayores. Se debe de destacar que el concepto de estado de salud era la base principal de la atención; esta noción contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque pueden interaccionaban con ella. Desde hace ya más de una década se ha empezado a trabajar con profundidad desde un concepto más amplio.

La CV en las personas mayores ha sido evaluada fundamentalmente en términos del impacto que la morbilidad o los medicamentos producen sobre ella, por lo cual su valoración se circunscribió al criterio de terceros. Al ser restringido el aspecto físico en función de lo que la persona es capaz de hacer, se excluye la expresión plena de lo que la persona piensa y opina desde una perspectiva integral. Por lo tanto, se debe ampliar su evaluación para incorporar la dimensión subjetiva; esto permite integrar los significados que las personas atribuyen a los diferentes ámbitos ingerentes a la calidad de vida ⁽⁹⁾.

La CV constituye, en el momento actual y futuro, un reto primordial, el echo de que se este empezando a investigar e intervenir en cuestiones relativas a la calidad de vida en la vejez adquiere importancia por que independientemente de la edad, en esta etapa se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son entre otras, el aumento de las situaciones de

dependencia y el incremento de enfermedades crónicas en particular. Lo anterior cobra importancia tomando en cuenta que el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez es el principal criterio de un envejecimiento exitoso ⁽¹⁰⁾.

Aunque en la actualidad son numerosas las investigaciones dedicadas a la evaluación de la CV, empleando este concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada no es hasta los años cincuenta, que se desarrollan las escalas de medición de las Actividades de Vida Diaria (AVD), en las que la percepción del propio paciente sobre la salud no tiene protagonismo, sino que es enjuiciada por el profesional sanitario, anteponiendo la observación más objetiva a la más subjetiva.

El cambio de la aproximación a la medida de la CV respecto a la salud se dio en los años sesenta, cuando se desarrolló la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la CV respecto a la salud. Los cuestionarios incluían expresiones o frases obtenidas de los pacientes y eran rellenados por ellos mismos, incluían una gran gama de dimensiones de la calidad de vida respecto a la salud y demostraron unas propiedades psicométricas poco o nada estudiadas en los cuestionarios anteriores.

Es en éste contexto que la valoración que realiza una persona sobre su CV esta impregnada de dimensiones objetivas como subjetivas y seguramente, dicha valoración estará condicionada por el tipo de relación que se establezca entre ambas dimensiones, así como por una serie de factores (como por ejemplo sexo, edad y estatus social) que actuaría como moduladores ⁽¹¹⁾.

Existen diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de CV. La mayoría de estos modelos consideran la CV desde una perspectiva global en lo que se refiere a la variable edad, sin prestar especial atención al grupo de personas mayores.

El propósito fundamental de la medición de la calidad de vida en el adulto mayor consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida de los factores relacionados a la percepción de la CV que permitan diseñar estrategias que mejoren este sector de la población que es cada día más numeroso.

Objetivos

General

Conocer la calidad de vida autopercebida de los adultos mayores de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

Específicos

Objetivos específicos

1. Determinar los niveles de calidad de vida en los adultos mayores.
2. Establecer la relación de la edad con la calidad de vida.
3. Evaluar la relación del género con la calidad de vida.
4. Explorar la calidad de vida y su relación con enfermedades crónicas.
5. Describir los aspectos físico, emocional, social, socioeconómico y de autopercepción de la salud de la calidad de vida en los adultos mayores.

Metodología

El estudio es descriptivo transversal, la prueba piloto estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad, de ambos géneros usuarios del Hospital civil de Ciudad Victoria, Tamaulipas siendo el muestreo de conveniencia.

El instrumento que se utilizó para valorar la variable de CV, es el Instrumento MGI Calidad de Vida"⁽¹²⁾.construido y validado en Cuba (autor), el cual tiene validez de contenido, criterio y de construcción, es decir, presenta una adecuada consistencia interna y la confiabilidad necesaria para evaluar la CV. Este instrumento consta de 34 reactivos que miden factores socioeconómicos, salud y satisfacción por la vida. En esta escala solo se permite una respuesta por inciso y sus afirmaciones son: casi siempre, a menudo, algunas veces y casi nunca. La sumatoria de las puntuaciones ubican al anciano en los siguientes niveles de CV: muy baja (de 34 a 94), baja (de 95 a 110), media (de 111 a 118) y alta (de 119 a 134).

Este estudio consideró lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud ⁽¹³⁾.

Los datos fueron procesados estadísticamente a través del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 11.0.

Resultados

La confiabilidad del instrumento fue de .86 y se determinó a través del Alpha de Cronbach, lo cual se consideró aceptable ⁽¹⁴⁾.

Se encontró que en ambos grupos hubo predominio del género masculino (56.7%) sobre el femenino (43.3%), la edad promedio de las personas entrevistadas fue de 68,2. Los grupos de edad de mayor predominio de ancianos lo constituyó los de 60-70 años para un 70,1% del total de la población.

Respecto al estado civil, la mayoría de los encuestados (56.7%) tiene una unión estable (casados y unión libre); en relación a la escolaridad, se presentó un mayor porcentaje de analfabetismo en el género femenino en relación al género masculino (23.5% vs 7.7%).

El 30% de los entrevistados se desempeña laboralmente, 30% se encuentran jubilados, 3.3% no trabaja por su edad y un mismo porcentaje (3.3%) se encuentra desempleado. El mayor porcentaje de adultos mayores cuentan con atención médica en alguna institución hospitalaria (86.7%) y la mitad presenta una enfermedad crónica diagnosticada. 66.7% cuenta con vivienda propia y el mayor porcentaje de los entrevistados (73.3%) tienen dependientes económicos.

Para el primer objetivo el cual se refiere a determinar los niveles de CV en los adultos mayores se encontró, el mayor porcentaje en el nivel "bajo" con 36,7%, seguido del nivel "medio" de calidad de vida con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles "muy bajo" y "alto" con 20,0% y 10,0% respectivamente (Cuadro1).

En el análisis de la edad con la CV se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el nivel de CV con mayor porcentaje correspondió al nivel bajo con 36.6% en los grupos de edad de 60 a 65 años (20%) y 66 a 70 (13.3%) respectivamente. El menor porcentaje estuvo presente en el nivel de CV alto con 10% en el grupo de edad de 60 a 65 años (cuadro 2).

Respecto a la relación del género con la CV (objetivo 3), no se encontraron diferencias significativas, se encontró un predominio del género femenino en los niveles de CV medio y alto con 31.0%, en relación al masculino (nivel medio 17.7% y 11.8% nivel alto). Los niveles más bajos de CV se

presentaron en el género masculino con 47% en el nivel bajo y 23% en el nivel muy bajo con respecto al femenino (bajo 23% y muy bajo 15%) (cuadro 3).

En cuanto a la CV y su relación con las enfermedades crónicas no se encontraron diferencias significativas entre las medias (objetivo 4), se observaron resultados muy similares en las personas afectadas con alguna enfermedad y las no afectadas; en el nivel muy bajo se presentó la misma frecuencia en ambos grupos (10%), se presentó una diferencia del 3.3% en los afectados y no afectados en el nivel de CV bajo, obteniendo el más alto porcentaje el primero de estos. El nivel de CV alto presentó una diferencia del 3.3%, siendo mayor en los no afectados por una enfermedad crónica. El mayor número de casos correspondió a la Hipertensión Arterial con un 30.0% en el nivel de CV medio. La Diabetes constituyó la segunda en frecuencia dentro de las enfermedades crónicas valoradas con un 10% en el nivel de CV bajo. La Cardiopatía Isquémica constituyó la tercera en frecuencia dentro de las enfermedades crónicas con 1% en el nivel de CV bajo (cuadro 4).

Respecto a los aspectos físico, emocional, social, socioeconómico y de autopercepción de la salud de la calidad de vida en los adultos mayores (objetivo 5), se encontraron entre los resultados más destacados en la opción de respuesta siempre y casi siempre, que en el aspecto físico 83.3% refieren ser capaces de atenderse a sí mismos y cuidar de su persona; en el aspecto emocional: mi familia me quiere y respeta 90.0%; en el aspecto social: mantengo relaciones con mis amigos y vecinos 80%; en el aspecto de autopercepción de la salud: mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas 90% y en el aspecto socioeconómico: mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades 83.3%.

Discusión

El estudio realizado en este grupo de adultos mayores respecto a la autopercepción de la CV mostró que el nivel de CV bajo se presentó con mayor frecuencia (36,7%), por grupo de edad se presentó igualmente un nivel bajo en los grupos de 60 a 75 años; estos resultados coinciden con los encontrados por Marshall, Martos, Cruz, Soria y Savigne ⁽¹⁵⁾, quienes reportaron bajo nivel de la CV en el 47, 7% de los entrevistados y respecto a la CV por grupos de edad un nivel “muy bajo” en el grupo de 60-74 con 6,1 %. Los resultados anteriores difieren por lo encontrado por Molina, Gómez,

Garza y Gutiérrez,⁽¹⁶⁾ quienes observaron buena salud y buena calidad de vida en una mayor proporción (53%), seguido de buena salud y excelente calidad de vida con 32%. Los niveles más altos de CV respecto al género se presentaron en el género femenino con 62% (medio 31% y alto 31%) en relación al masculino; estos resultados son similares a lo reportado por Hernández, Xirinachs, Morera, Aparicio, Barber y Vargas⁽¹⁷⁾ y Duran, Salinas y Gallegos⁽¹⁸⁾, los primeros encontraron que en todas las dimensiones el resultado de los hombres fue superior al de las mujeres y estadísticamente significativo; mientras tanto Duran y cols. reportaron que los hombres tuvieron mejores puntajes que las mujeres en todas las dimensiones. Los resultados anteriores difieren por lo reportado por Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García y Valero⁽¹⁹⁾ quienes encontraron que las mujeres tenían más problemas que los hombres en todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

Conclusiones

1. Los adultos mayores de esta población presentaron baja CV.
2. Los adultos mayores específicamente en edades entre los 60 a 70 años presentan CV baja.
3. Las mujeres presentaron CV más alta que los hombres, posiblemente por que el envejecimiento fue percibido por el hombre como más negativo.
4. Las patologías crónicas no influyeron sobre la autopercepción de la CV, quizás por que se encontraban controlados médicamente.
5. La mayoría de las personas mayores presentaron un elevado nivel de autonomía para el cuidado personal y de independencia funcional.
6. El aspecto social es el que presento mayor afectación, los adultos mayores mantienen relaciones con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, pero solo un poco más del 50% salen a distraerse ya sea solos con la familia o amigos.
7. Se recomienda profundizar en la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de tal manera que los datos obtenidos puedan ser considerados en la planeación de intervenciones que coadyuven en la mejora de su calidad de vida.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2000. El envejecimiento de la población en México. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>
2. Bazo MT. Vejez Dependiente, Políticas y Calidad de Vida. Rev. Sociología. 1998; 56 144-146.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.
4. Espinosa E, Libreros M. Modelo Básico para el Mejoramiento de la Calidad de Vida del Viejo Recluso Durante su Permanencia en la Cárcel del Distrito Judicial de Cali. Santiago de Cali. Tesis de grado. Universidad de San Buenaventura, Valle, Colombia.1995.
5. Castellón-Sánchez A, Romero V. Autopercepción de la calidad de vida. Rev. Mult Gerontol. 2004;14 (3):131-137.
6. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería (2):9-21,2003.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Foro mundial de la Salud .Ginebra. 1996.
8. Chiroso-Ríos LJ, Chiroso-Ríos IJ, y Padial-Puche P. La actividad física en la Tercera Edad. Rev. Digital.2000;5 (18). Disponible en: http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2004/archives/2005_02.html
9. Rojas-Mora LM. Calidad de Vida en Personas Mayores.Tesis: Calidad de Vida y Autonomía en Personas Mayores. 2000. Disponible en: <http://www.vinv.ucr.ac.cr/girasol/archivo/girasol12/acon5.htm>
10. Dulcey – Ruiz E, Mantilla G, Alfonso AM, García DM. Calidad de vida y situaciones de cambio. Expoja Veriana. Universidad Javeriana de Bogota.1998.
11. Castellón-Sánchez A, Romero V. Calidad de vida en la atención al mayor. Rev. Mult Gerontol. 2003;13 (3):188-192.
12. Facultad de Salud Publica del Instituto de Ciencias Medicas de la Habana y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Escala MGH de Calidad de Vida.
13. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud. México: Porrúa, 1987.
14. F-Pólit D, P-Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta ed. México: Mc Graw Hill Interamericana, 2002: p.p. 190-208.
15. Marshall-Hechavarría R, Martos-Benítez FD, Cruz-Díaz F, Soria-Garbey X, Savigne-Soria YC. Calidad de vida en el adulto mayor 2006. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEVEpAZZAuctOGOuZr.php#superior>
16. Molina-Flores JI, Gómez-Soto V, Garza-Garza ER, Gutiérrez-Herrera R. Calidad de vida: salud en el paciente de la tercera edad. Rev. Salud Pública de México. 2004; 47 (4). Disponible en: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/ee-4-2004/48.htm>

17. Hernández-Villafuerte K, Xirinachs-Salazar Y, Morera M, Aparicio A, Barber P, Vargas JR. Una medida de calidad de vida relacionada con la salud: valores poblacionales de referencia para costa rica, 2006. Disponible en: <http://www.estadonacion.or.cr/Info2007/Ponencias/Equidad/Hernandez-2007.pdf>

18. Duran-Arenas I, Salinas-Escudero G, Gallegos-Carrillo K. Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en Dos Estados de México. Conferencia Regional Americana AISS-CISS. 2003.

19. Azpiazu-Garrido M, Cruz-Jentoft A, Villagrasa-Ferrer R, Abanades-Herranz C, García Marín N, Alvarez de Mon R. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. Rev. Esp. Atención Primaria. 2003; 31 (5) 285-294. Disponible en: <http://db.doyma.es/pdf/27/27v31n05a13045701pdf001.pdf>

Cuadro 1. Niveles de Calidad de Vida.

Calidad de vida	<i>F</i>	%
Muy bajo	6	20.0
Bajo	11	36.7
Medio	10	33.3
Alto	3	10.0

Fuente: Escala MGI Calidad de Vida

n = 3

Cuadro 2. Calidad de Vida por Grupo de Edad.

Variable	60 – 65		66 - 70		71 - 75		76– 80		81– 94		Total	
Nivel de calidad de vida	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muy bajo	1	3.3	1	3.3	1	3.3	2	6.7	1	3.3	6	20.1
Bajo	6	20.0	4	13.3	1	3.3	0	0	0	0	11	36.6
Medio	5	16.7	2	6.7	2	6.7	1	3.3	0	0	10	33.3
Alto	2	6.7	0	0	1	3.3	0	0	0	0	3	10.0
Total	14	46.7	7	23.3	5	16.7	3	10	1	3.3	30	100

Fuente: Escala MGI Calidad de vida

$n = 30$

Cuadro 3. Calidad de Vida por Género.

Niveles de calidad de vida	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muy bajo	2	15.0	4	23.5
Bajo	3	23.0	8	47.0
Medio	4	31.0	3	17.7
Alto	4	31.0	2	11.8
Total	13	100.0	17	100.0

Fuente: Escala MGI Calidad de vida

$n = 30$

Cuadro 4. Calidad de Vida y su Relación con las Enfermedades Crónicas.

Unicas.								
	Afectados						No afectados	
Variable	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Cardiopatía			
Niveles de calidad de vida	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muy bajo	2	6.7	1	3.3	0	0	3	10.0
Bajo	2	6.7	3	10.0	1	3.3	5	16.6
Medio	5	16.6	0	0	0	0	5	16.6
Alto	0	0	1	3.3	0	0	2	6.7

Fuente: Escala MGI Calidad de Vida

$n = 30$