

# CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON ESQUIZOFRENIA

*QUALITY OF LIFE IN ELDERS WITH SCHIZOPHRENIA*

**Yaritza Ramos Cordova**

**Yanisbel de Bowen Balon**

**Leidys Laura Bermúdez Fernández**

Hospital Psiquiátrico de La Habana, Cuba.

**María Elena Rodríguez la Fuente**

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba.

## RESUMEN

El estudio de la calidad de vida constituye un aspecto fundamental para el abordaje del envejecimiento poblacional actual, ya que se debe aspirar no solo a vivir la mayor cantidad de años, sino a vivir los años con mejor calidad. Esta investigación se propone caracterizar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con esquizofrenia que se encuentran en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, durante el período comprendido entre 2016-2018. Como resultados se obtuvo que el 8 % de la muestra percibe su calidad de vida alta, el 29 % percibe su calidad de vida media, el 51 % percibe su calidad de vida baja, y el 12 % percibe su calidad de vida muy baja, obteniendo que la dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. Se concluye, por tanto, que el alto porcentaje en la percepción baja y muy baja de la calidad de vida de los ancianos con esquizofrenia institucionalizados se debe principalmente al pobre vínculo de las relaciones con sus familiares.

**Palabras clave:** calidad de vida, envejecimiento, esquizofrenia.

## ABSTRACT

*The study of the quality of life constitutes a fundamental aspect for the approach to current population aging, since it is necessary to aspire not only to live as many years as possible, but also to live the years with better quality. This research aims to characterize the quality of life of older adult patients with schizophrenia who are in*

*the Havana Psychiatric Hospital, during the period from 2016-2018. As results, it was obtained that 8% of the sample perceive their quality of life high, 29% perceive their quality of life medium, 51% perceive their quality of life low, and 12% perceive their quality of life very low, obtaining that the dimension with the lowest results was life satisfaction. It is concluded, therefore, that the high percentage in the low and very low perception of the quality of life of institutionalized elderly with schizophrenia is mainly due to the poor bonding of relationships with their relatives.*

**Keywords:** *quality of life, ageing, schizophrenia.*

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico que comienza prácticamente desde el nacimiento y se expresa por lo a lo largo de toda la vida del sujeto (Orosa Fraíz, 2015). El envejecimiento acelerado de la población es una realidad a nivel mundial y un fenómeno significativo en el siglo XXI. En la actualidad, se estima que viven en el planeta 658 millones de personas de sesenta años o más, de los que aproximadamente 400 millones viven en países subdesarrollados, y se prevé que para el año 2025 esta cifra alcance 1.2 billones (Calazán Bestard Rodríguez, 2014). Las expectativas de vida han aumentado, proyectándose en la proporción de personas que sobrepasan los 65 años; si se mantiene la tendencia actual este grupo de individuos constituirá el 20 % de la población mundial en el año 2050 (Corugedo Rodríguez *et al.*, 2014).

América Latina no escapa a esta realidad, pues existe un incremento sostenido en la proporción y en número absoluto de personas de sesenta años y más. En la actualidad, las personas mayores representan el 12 % de la población regional, equivalente a 107.3 millones de habitantes (Blazer y Steffens, 2010). Cuba no está exenta del envejecimiento poblacional. El país cuenta con el 19 % de la población que sobrepasa los sesenta años y tiene una esperanza de vida de 78.4 años; se ubica entre las cuatro naciones más envejecidas de América Latina junto a Uruguay, Argentina y Barbados. Se estima que para el 2025 uno de cada cuatro cubanos tendrá edad avanzada (Botero de Mejías y Pico Merchán, 2007).

Por esta razón, en la actualidad son muchas las personas que dedican su esfuerzo y estudios a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad (Dueñas González *et al.*, 2009). En un intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, se busca un modelo de envejecimiento competente capaz de fortalecer, desde un punto de vista genérico de la salud, la calidad de vida (García Garrido, 2014).

Indagar sobre la calidad de vida (CV) constituye un reto para cualquier investigador. Esta categoría, desde el punto de vista científico, ha transitado por diferentes momentos que van desde su identificación con las condiciones de vida (centrada en los aspectos materiales), luego por la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida (enfoque más subjetivo), más adelante por las condiciones objetivas y satisfacción con ellas (enfoque psicosocial), hasta la valoración de ambas dimensiones, mediadas por los valores personales, según se concibe en modelos actuales, incluyendo a la ciencia psicológica (García Capote, 2005; Aragonés y López Cortacans, 2016).

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, satisfacciones personales y entorno social. Resulta un concepto muy amplio al que se le da valor de acuerdo con un sistema de estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar (Ardila, 2003; Hernández Romero y Victoria García-Viniegras, 2015). A pesar de los disímiles conceptos que existen de calidad de vida, la mayoría de los autores señalan la necesaria relación que existe entre los factores objetivos externos y los subjetivos, en relación con la valoración que hace el sujeto de sus condiciones de vida y de sus áreas esenciales.

Evaluar la calidad de vida en las personas de la tercera edad se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud de los países que afrontan el envejecimiento poblacional como un fenómeno inminente (Soberanes Fernández, González Pedraza Avilés y Moreno Castillo, 2009). El aumento del número de personas con más de sesenta años trae consigo la demanda, casi urgente, de realizar ajustes en los programas sociales, políticos, económicos y jurídicos, que puedan satisfacer las necesidades de este grupo poblacional (García Roche *et al.*, 2010).

Para asumir el estudio de la categoría CV desde la ciencia psicológica se deben tener en cuenta las diferentes problemáticas que enfrentan los investigadores, según Díaz Corral (2008):

- Limitado marco teórico-conceptual de la categoría en la investigación psicológica.
- Insuficiencia en la definición de un carácter más estable que transitorio y cambiante de la calidad de vida.
- Dificultades metodológicas e instrumentales para ejecutar la evaluación y diagnóstico de la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (Capote Leyva,

Casamayor Laime y Castañer Moreno, 2012, p. 239). Según esta definición, es un concepto subjetivo, influenciado de forma compleja por la salud física del sujeto, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y la relación con los elementos esenciales de su entorno. Este es un concepto subjetivo, holístico y dinámico en el que todos los aspectos de la vida están interrelacionados.

Para esta investigación se concibió el concepto de calidad de vida propuesto por la doctora Edelsys Hernández Meléndrez (2011), quién plantea: “La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos: los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida” (p. 134).

Por su parte, la OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades para luchar por la salud, por la participación activa en la vida y por la seguridad de alcanzar calidad de vida cuando el ser humano envejece (Vidal Gutiérrez *et al.*, 2008; Estrada *et al.*, 2011). De esta forma se observa que la salud del anciano es considerada como la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades (Rodríguez-Blázquez *et al.*, 2015).

No se puede negar la importancia de aspectos como la funcionalidad física y los problemas de salud en la calidad de vida del adulto mayor, sin embargo, también son de gran importancia otros aspectos psicológicos que influyen en la misma, como la autoestima –teniendo en cuenta que una autoestima adecuada y un concepto positivo de sí mismo potencia la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumenta su nivel de seguridad personal– y los estilos de vida, los cuales dependen de los hábitos, las percepciones de riesgo, costumbres, conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas (García Viniegra *et al.*, 2005). La adopción de un estilo de vida saludable tiene gran influencia en la calidad de vida y longevidad del ser humano (Martínez Querol y Pérez Martínez, 2006; Jova Morel, García Roche y Alfonso Sagué, 2013).

Resulta importante estimular la interacción social y el autocuidado para fortalecer la autonomía de los ancianos, y de esta forma contribuir a una mejora de su calidad de vida y, por ende, de su salud. Se debe retrasar en lo posible la pérdida de la funcionalidad y autonomía, lo que resulta un verdadero reto para el presente y el futuro de la sociedad (Martínez Brito *et al.*, 2016). Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: tienen sabiduría y experiencia y, al mantenerlos saludables, funcionales e independientes,

pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias, y de esta forma se sentirán más útiles y más felices (Herrera Santí, Martínez García y Navarrete Ribalta, 2013).

## 1. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, de tipo descriptivo-analítico, de corte observacional. Se utilizó una metodología mixta de investigación. El universo quedó constituido por los pacientes de las 7 salas de gerontopsiquiatría del Hospital Psiquiátrico de la Habana. La muestra se obtuvo de manera aleatoria y quedó conformada por 126 pacientes que poseen diagnóstico médico de esquizofrenia, según el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales DSM-V (González Menéndez, 2006). Se basó su selección según los siguientes criterios:

➤ Criterios de inclusión:

- Pacientes que poseen diagnóstico médico de esquizofrenia.
- Pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento en el Hospital Psiquiátrico de La Habana
- Pacientes que están de acuerdo en participar en la investigación.
- Pacientes con edades comprendidas entre sesenta y ochenta años.

➤ Criterios de exclusión:

- Pacientes que poseen otra patología psiquiátrica.
- Pacientes que se encontraban descompensados en el período de estudio.

Las técnicas utilizadas en esta investigación fueron la Escala MGH Calidad de Vida, la entrevista semiestructurada al paciente y la entrevista semiestructurada al personal o equipo médico del paciente. La Escala MGH Calidad de Vida evalúa la calidad de vida a través de una escala Likert que consta de 34 ítems. Este cuestionario fue construido y validado en Cuba en el 2000 por Álvarez Pérez, Quintero Danauy y Bayarre Vea. La calificación de este instrumento se realiza de manera cuantitativa según los puntos obtenidos por cada ítem. Este instrumento identifica tres dimensiones para la medición del concepto calidad de vida:

- Dimensión “Salud”
- Dimensión “Condiciones socioeconómicas de vida”
- Dimensión “Satisfacción por la vida”

Cada dimensión tiene categorías e indicadores a través de las cuales se evalúan, para un total de diez categorías, que se resumen en la tabla 1:

**Tabla 1.** Categorías y dimensiones de cada ítem en la Escala MGH Calidad de Vida

Dimensión	Categorías
Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionabilidad física (ítems 1, 7, 12, 19).</li> <li>• Funcionabilidad psicológica (ítems 8, 13, 20, 28).</li> <li>• Funcionabilidad social (ítems 2, 14, 21, 26).</li> </ul>
Condiciones socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación monetaria (ítem 15).</li> <li>• Condiciones de vida (ítems 27, 31).</li> </ul>
Satisfacción por la vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia (ítems 3, 9, 22, 29).</li> <li>• Estado afectivo predominante (ítems 4, 10).</li> <li>• Expectativa del futuro (ítems 5, 23, 33).</li> <li>• Apoyo social (ítems 16, 24).</li> <li>• Satisfacción por el presente (ítems 6, 11, 17, 18, 25, 30, 32, 34).</li> </ul>

Las categorías de respuestas posibles a los ítems son: casi siempre, a menudo, algunas veces, casi nunca. A estas categorías se les designa un valor entre 1 y 4 puntos, donde el 1 corresponde a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva. Como excepción, tenemos que la escala se invierte para los ítems 6, 10, 11, 12, 20 y 28 (casi siempre: 1 punto; a menudo: 2 puntos; algunas veces: 3 puntos; casi nunca: 4 puntos). Los valores escalares de la prueba son:

- De 34-94 puntos: calidad de vida muy baja
- De 95-110 puntos: calidad de vida baja
- De 111-118 puntos: calidad de vida media
- De 119-134 puntos: calidad de vida alta.

La entrevista semiestructurada al paciente se utilizó con el objetivo de obtener la mayor información posible respecto al tema de investigación, por lo que va a permitir explorar la calidad de vida percibida de todos los pacientes adultos mayores con esquizofrenia del estudio e identificar qué aspectos pueden favorecer o limitar su calidad de vida. Esta entrevista se realizó acompañada de la observación científica,

lo que permitió analizar el lenguaje extraverbal expresado por el sujeto. Además, se utilizó como técnica complementaria a la escala MHG Calidad de Vida, para realizar una mejor interpretación de los datos y resultados obtenidos.

La entrevista semiestructurada al personal o equipo médico del paciente se utilizó como modo de contrastar la correspondencia que existe entre la calidad de vida percibida por los pacientes de estudio y la calidad de vida reportada por el equipo médico de dichos pacientes. De esta manera se pudo triangular la información obtenida, y así realizar una mejor interpretación de los datos y resultados obtenidos.

Una vez que se obtuvieron los resultados, se conformó una base de datos en el programa SPSS versión 15.0, donde se realizó el análisis de las variables estudiadas. Los datos obtenidos se triangularon y se procesaron, agrupándose en frecuencias totales y relativas, como medidas de resumen, y los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficos estadísticos utilizando los sistemas Word y Excel para facilitar su comprensión.

## 2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El diagnóstico de calidad de vida que predominó en la población estudiada fue el nivel bajo (51 % de la muestra), sin dejar de resaltar que también se obtuvo un porcentaje importante de nivel medio, con un 29 %. Podemos resaltar que, a pesar de las características de los pacientes de la muestra, solo el 12 % obtuvo una calidad de vida muy baja (tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de la muestra según la calidad de vida

Niveles de calidad de vida	Número	Porcentaje
Muy baja	15	12 %
Baja	64	51 %
Media	37	29 %
Alta	10	8 %
<b>Total</b>	126	100 %

En la dimensión de salud se pudo constatar que la mayoría de los pacientes cuentan con muy buen estado de salud (30.95 %) y con buen estado de salud (35.71 %) (tabla 3). Relacionando esta dimensión con la esquizofrenia, que es una enfermedad crónica no transmisible y representa un marcado deterioro cognitivo, se puede constatar que para el control de la misma, cada paciente de nuestro centro recibe un tratamiento médico individualizado, que no afecta en gran medida su estado de ánimo y bienestar subjetivo, lo cual influye en la percepción positiva de la dimensión “Salud” de la calidad de vida. Los

porcentajes de estado de salud regular (19.05 %) y mal estado de salud (14.28 %) se deben a que muchos de estos pacientes, además de poseer diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, poseen otros padecimientos, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica o hernia. Además, algunos se encuentran incapacitados en sillas de ruedas o son pacientes ciegos, lo que repercute en su validismo e influye en la percepción negativa de la dimensión “Salud” en la calidad de vida.

**Tabla 3.** Distribución de la muestra según la dimensión salud del *test* de calidad de vida

<b>Dimensión “Salud”</b>	<b>Número</b>	<b>Por ciento</b>
Muy buen estado de salud	39	30.95 %
Buen estado de salud	45	35.71 %
Regular estado de salud	24	19.05 %
Mal estado de salud	18	14.28 %

Realizando un análisis de los factores que influyen en la dimensión “Salud” (tabla 4), se observa que un gran porcentaje de la muestra posee una funcionabilidad física alta (56.34 %), lo que resulta de gran importancia en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes, ya que con este *test* y las entrevistas realizadas exploramos la posibilidad del paciente anciano de tener una relativa independencia, no tener marcadas limitaciones físicas que imposibiliten sus movimientos, por lo que se demuestra que en su mayoría poseen una vida adecuadamente activa. El porcentaje regular de funcionabilidad física (28.58 %) se debe a las enfermedades complementarias ya mencionadas, que influyen de manera negativa en los pacientes de la muestra. El porcentaje de mala funcionabilidad física (15.08 %) se relaciona con los pacientes ciegos o en sillas de ruedas, circunstancias que influyen en su validismo y, por ende, en su autonomía, lo cual repercute de forma significativa en la percepción negativa de su calidad de vida.

**Tabla 4.** Distribución de la muestra según las subvariables de la dimensión “Salud” del *test* de calidad de vida.

<b>Subvariables de la dimensión “Salud”</b>	<b>Buena</b>		<b>Regular</b>		<b>Mala</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Funcionabilidad física	71	56.34 %	36	28.58 %	19	15.08 %
Funcionabilidad psíquica	61	48.41 %	37	29.36 %	28	22.22 %
Funcionabilidad social	36	28.58 %	65	51.59 %	25	19.84 %

En cuanto a la funcionabilidad psíquica, evaluamos esta subvariable según la capacidad de los participantes de la muestra de aprender cosas nuevas, leer revistas y periódicos. En este caso, la mayoría de los pacientes refieren tener problemas para aprender cosas nuevas. No se debe olvidar que son pacientes con un alto deterioro cognitivo, lo cual afecta la memoria, el razonamiento, su capacidad de análisis, proceso de aprendizaje, etc.

La funcionabilidad social ocupó el porcentaje más afectado, ya que se refiere a la capacidad que poseen nuestros ancianos de ayudar en los quehaceres domésticos, usar el transporte público, ayudar en el cuidado y atención de los nietos, salir a distraerse solo o con la familia, y como podemos observar, estos pacientes en su mayoría sufren abandono por parte de sus familiares y seres queridos, por lo que están obligados a permanecer en nuestra institución, lo cual afecta su proceso de interacción social, repercutiendo además de manera muy negativa en su autovaloración y autoestima.

En la dimensión socioeconómica (tabla 5), el alto porcentaje de los niveles malo (53.17 %) y muy malo (29.36 %) se debe a que son pacientes ancianos que llevan hospitalizados cerca o más de veinte años, y muchos no tienen familia, o son abandonados por la generación más joven (sobrinos o hijos), quienes no desean ocuparse de su cuidado debido a disímiles razones, por lo que solamente pueden contar con la ayuda de nuestra institución.

**Tabla 5.** Distribución de la muestra según la dimensión socioeconómica del test de calidad de vida

Niveles de la dimensión socioeconómica	Número	Porcentaje
Bueno	6	4.76 %
Regular	16	12.70 %
Malo	67	53.17 %
Muy malo	37	29.36 %

Al analizar las subvariables de dicha dimensión (tabla 6), se pudo apreciar que solo el 4.76 % de la muestra considera que posee una adecuada situación monetaria y buenas condiciones de vida, ya que estos pacientes salen de pase los fines de semana y su familia les proporciona lo necesario para su sustentación. Como ya se mencionaba, el alto porcentaje en la mala situación monetaria (77.78 %) y condiciones de vida (84.12 %) se debe a la sensación de abandono que han sufrido estos pacientes por parte de su familia, por lo que solamente pueden contar con las condiciones que les brinda el hospital. El porcentaje regular en las condiciones de vida (11.11 %) y situación monetaria (17.46 %) se debe a que esta pequeña muestra específica se sienten a gusto con las condiciones que les ofrece el hospital, ya que

a muchos les pagan por realizar determinados trabajos sencillos, como son jardinería, trabajos en el almacén, barrer, etc., haciendo que se sientan más útiles para la sociedad.

**Tabla 6.** Distribución de la muestra según las subvariables de la dimensión socioeconómica del *test* de calidad de vida

Subvariables de la dimensión socioeconómica	Buena		Regular		Mala	
	No.	%	No.	%	No.	%
Situación monetaria	6	4.76 %	22	17.46 %	98	77.78 %
Condiciones de vida	6	4.76 %	14	11.11 %	106	84.12 %

Con respecto a la dimensión “Satisfacción por la vida”, se demostró que, aunque contó con ser el porcentaje más alto, solo el 41.26 % mostró mucha satisfacción por la vida (tabla 7). Se observa que la subvariable satisfacción con la familia fue la que se mostró más afectada, lo cual influye considerablemente en el valor de la distribución (tabla 8).

**Tabla 7.** Distribución de la muestra según la dimensión “Satisfacción por la vida”

Dimensión “Satisfacción por la vida”	Número	Porcentaje
Mucha	52	41.26 %
Alguna	32	25.40 %
Poca	26	20.63 %
Muy poca	16	12.70 %

**Tabla 8.** Distribución de la muestra según las subvariables de la dimensión “Satisfacción por la vida” del *test* de calidad de vida.

Subvariables de la dimensión “Satisfacción con la vida”	Buena		Regular		Mala	
	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfacción con la familia	10	7.93 %	19	15.08 %	97	76.98 %
Satisfacción con el presente	13	10.31 %	23	18.25 %	90	71.42 %
Apoyo social	21	16.66 %	18	14.28 %	87	69.04 %
Expectativas futuras	34	26.98 %	23	18.25 %	69	54.76 %

Después de realizar un análisis profundo de la dimensión “Satisfacción por la vida” y sus subvariables, se observa que los pacientes del estudio se encuentran insatisfechos en cuanto al cuidado que reciben de sus familias, ya que lo consideran muy malo o nulo. Estos pacientes no son tenidos en cuenta en cuanto

a las decisiones del hogar (aunque la mayoría cuenta con casa propia), son subestimados y devaluados, por lo que perciben una fuerte sensación de abandono por parte de sus seres queridos. La familia desempeña un papel fundamental como red de apoyo social, por lo que esta disfuncionalidad familiar entorpece la calidad de vida de nuestros pacientes adultos mayores. Estos elementos intervienen en la insatisfacción que muestran por el presente y la falta de expectativas futuras, ya que son pacientes que en su mayoría han perdido el sentido de la vida, sus aspiraciones y la confianza, por lo que no hacen planes para el futuro, solamente viven el presente, lo cual se manifiesta en los estados afectivos predominantes (tabla 9).

**Tabla 9.** Comportamiento de la subvariable “Estados afectivos predominantes” de la dimensión “Satisfacción por la vida”

Subvariables de la dimensión “Satisfacción por la vida”	Favorables		Algo favorables		Desfavorables	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estados afectivos predominantes	21	16.66 %	27	21.42 %	78	61.90 %

Al realizar un estudio sobre el comportamiento de las variables sociodemográficas, se puede resaltar que existió una gran variabilidad en cuanto a los pacientes seleccionados. No obstante, la mayoría de la muestra se encuentra entre sesenta y setenta años, con predominio de nivel básico, estado civil divorciado y género masculino (tabla 10). Se demostró que el tema de estudio influye de manera negativa con mayor incidencia en las mujeres de la muestra que en los hombres. Esto se debe a que históricamente la sociedad ha asignado a las mujeres la labor de cuidadoras y amas de casa, por lo que en ellas predominan sentimientos de minusvalía al no poder desempeñar dichas tareas, resaltándose de esta forma su baja autoestima.

**Tabla 10.** Datos sociodemográficos de la muestra

Edad	Sexo		Nivel de escolaridad						Estado civil							
	F	M	Básico		Medio		Medio S.		Soltero		Casado		Divorciado		Viudo	
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
60-64	14	27	8	21	12	–	–	–	–	–	–	1	14	25	–	1
65-69	25	16	18	12	1	8	2	–	5	–	–	–	20	16	–	–
70-74	13	15	8	20	–	–	–	–	–	–	–	–	13	4	–	11
75-80	7	9	6	9	1	–	–	–	–	–	–	–	4	6	3	3

Durante la investigación se han identificado aspectos favorecedores de la calidad de vida de los pacientes de la muestra en el hospital: se propicia la funcionabilidad física y social, poseen un buen uso del tiempo libre y cuentan con un equipo médico a su disposición (asistentes, terapeutas, psicólogos, enfermeros, clínicos, psiquiatras). No obstante, también presentan aspectos desfavorables: no sentirse satisfechos con su vida —especialmente debido a que se ve afectada la relación con sus familiares—, habituarse a estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo y los hábitos tóxicos, presentar estatus sociales y niveles educacionales bajos y tener una baja autoestima.

## **CONCLUSIONES**

La calidad de vida de los pacientes seleccionados osciló entre media y baja. Al realizar un análisis de los diferentes factores que influyen en la calidad de vida, se pudo apreciar que esto estuvo relacionado con que algunos pacientes además de poseer diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, que es una enfermedad que prolongadamente resalta el deterioro cognitivo y físico, poseen otras enfermedades, lo cual influyó en las percepciones de malestar en dichos pacientes. También se debe a que algunos pacientes se encuentran en sillas de ruedas o son pacientes ciegos, lo que afecta su autovalidismo y autonomía, lo que interviene negativamente en la percepción de calidad de vida.

Otra variable que se vio afectada fue la dimensión “Satisfacción por la vida”; específicamente se mostraron más afectadas las subvariables “Satisfacción con la familia” y “Apoyo social”, ya que son pacientes que en su mayoría muestran sentimientos de abandono, debido a que sus familiares o han fallecido o no quieren ocuparse de su cuidado, por lo que existe una tendencia a la devaluación y la baja autoestima. Esto trajo consigo la insatisfacción que muestran por el presente y la falta de expectativas futuras, ya que son pacientes que en su mayoría han perdido el sentido de la vida, sus aspiraciones y confianza.

La tercera edad no tiene necesariamente que ser un período en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno estimulante, la senectud podrá ser vista con satisfacción y no como una etapa negativa de la vida. Para los cubanos vivir más de siete décadas es ya un hecho. Por ello, elevar la calidad de vida de los adultos mayores significa ser capaces de satisfacer las expectativas de estas personas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aragonés, E. y López Cortacans, G. (2016). Relación entre la remisión de la depresión y la calidad de vida percibida por el paciente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2), 79-82. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/301888369\\_Relacion\\_entre\\_la\\_remision\\_de\\_la\\_depresion\\_y\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_percibida\\_por\\_el\\_paciente](https://www.researchgate.net/publication/301888369_Relacion_entre_la_remision_de_la_depresion_y_la_calidad_de_vida_percibida_por_el_paciente)
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Blazer, D. G., y Steffens, D. C. (2010). Tratado de psiquiatría geriátrica. Recuperado de <https://www.ark.no/boker/D-G-Blazer-Tratado-de-psiquiatría-geriátrica-9788445821633>
- Botero de Mejías, B. E. y Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de sesenta años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_abstract&tlng=es)
- Calazán Bestard Rodríguez, A. (2014). Calidad de vida y rehabilitación del adulto mayor en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52132>
- Capote Leyva, E., Casamayor Laime, Z., y Castañer Moreno, J. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 41(3), 237-247. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300003)
- Corugedo Rodríguez, M. del C., García González, D., González Arias, V., Crespo Lechuga Grey, A., González García, G., y Calderín Hernández, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 208-216. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006)
- Díaz Corral, A. B. (2008). Determinantes psicológicos de la calidad de vida (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Dueñas González, D., Bayarre Veá, H. D., Triana Álvarez, E. y Rodríguez Pérez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002)
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, M. A., Maceda Chavarriaga, L., Ordóñez, J., y Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Revista Latinoamericana de Medicina*,

- 31(4), 492-532. Recuperado de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399>
- García Capote, J. (2005). Apuntes sobre la calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 24(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002005000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002005000100010)
- García Garrido, A. B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud en ancianos atendidos en atención primaria*. Recuperado de <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5020>
- García Roche, R. G., Hernández Sánchez, M., Varona Pérez, P., Chang de la Rosa, M., Bonet Gorbea, M. y Salvador Álvarez, S. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores en el país, 2001. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1), 43-52. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100006)
- García Viniegra, C. R. V., Gonzáles Blanco, M., Fernández Garrido, J., y Ruiz Ros, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(3). Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/download/19415/18391>
- González Menéndez, R. (2006). *Clínica psiquiátrica básica actual*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Herrera Santí, P. M., Martínez García, N., y Navarrete Ribalta, C. (2013). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4), 326-345. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005)
- Hernández Meléndrez, E. (2011). *Atención psicológica. Métodos técnicas y enfoques*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández Romero, Y., y Victoria García-Viniegras, C. R. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hernia discal lumbosacra. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63486>
- Jova Morel, R., García Roche, R., y Alfonso Sagué, K. (2013). Calidad de vida relativa a salud en la población urbana de Cuba. *MEDISAN*, 17(6). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000600006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000600006)
- Martínez Brito, O., Camarero Forteza, O., González Rodríguez, C. I., y Martínez Brito, L. (2016). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 23(1). Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/925/1336>

- Martínez Querol, C., y Pérez Martínez, V. T. (2006). Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100001)
- Orosa Fraíz, T. (2015). La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor. En M. Calviño, *Hacer y pensar la psicología 10* (pp. 2-7). La Habana: Sello Editorial Academia.
- Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Frades-Payo, B., Soldad París, M., Martínez-López, I., y João Forjaz, M. (2015). Calidad de vida y estados de salud en personas mayores de sesenta años con demencia institucionalizadas. *Revista Española de Salud Pública*, 89(1). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272015000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000100006)
- Soberanes Fernández, S., González Pedraza Avilés, A., y Moreno Castillo, Y. del C. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=30184>
- Vidal Gutiérrez, D., Zavala Gutiérrez, M., Castro Salas, M., Mora Mardones, O., y Mathiesen, M. E. (2008). Calidad de vida en el adulto mayor: estado físico y relaciones sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, 48(1), 5-12. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/cuadernos-medico-sociales-santiago/articulo/calidad-de-vida-en-el-adulto-mayor-estado-fisico-y-relaciones-sociales>