

# Capacidad funcional y calidad de vida de adultos con enfermedad crónica atendidos en un prestador de servicios de salud de mediana complejidad

## Functional capacity and quality of life of adults with chronic disease receiving care at a medium-complexity healthcare provider

Yolima Judith Llorente Pérez<sup>1</sup>, Jorge Luis Herrera Herrera<sup>2</sup> y Gustavo Edgardo Jiménez Hernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Córdoba, yllorente@correo.unicordoba.edu.co, <https://orcid.org/0000-0002-7077-6010>, Colombia

<sup>2</sup>Universidad de Córdoba, jluisherrera@correo.unicordoba.edu.co, <https://orcid.org/0000-0001-9738-6891>, Colombia

<sup>3</sup>Universidad de Córdoba, gustavojimenezh@correo.unicordoba.edu.co, <https://orcid.org/0000-0003-1502-8527>, Colombia

### Información del Artículo

#### **Trazabilidad:**

Recibido 06-05-2026

Revisado 08-05-2026

Aceptado 01-07-2026

#### **Palabras Clave:**

Calidad de vida

Enfermedad crónica

Adulto

Actividades de la vida diaria

### RESUMEN

La enfermedad crónica puede afectar la capacidad funcional y la calidad de vida, con repercusiones físicas, psicológicas y sociales que interfieren en las actividades de la vida diaria. Este estudio evaluó la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos con enfermedad crónica asistentes a un prestador de mediana complejidad. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en 102 adultos seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó una ficha sociodemográfica, el perfil PULSES y la escala WHOQOL-BREF. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. La edad media fue de  $56.7 \pm 12.2$  años; predominó el sexo masculino (65.7 %), la procedencia urbana y el estrato socioeconómico 1. Las patologías más frecuentes fueron hipertensión arterial asociada a diabetes mellitus tipo 2 (30.4 %), hipertensión arterial (29.4 %) y enfermedad renal crónica (22.5 %). Según el perfil PULSES, el 36.3 % presentó baja disfunción, el 36.3 % mediana disfunción o dependencia y el 27.5 % alta dependencia. La calidad de vida y la percepción global de salud se ubicaron principalmente en niveles moderados. Los adultos con enfermedades crónicas no transmisibles pueden presentar alteraciones en la capacidad funcional y en su percepción de salud y calidad de vida.

### ABSTRACT

Chronic disease can affect functional capacity and quality of life, with physical, psychological, and social repercussions that interfere with activities of daily living. This study evaluated functional capacity and quality of life in adults with chronic disease receiving care at a medium-complexity healthcare provider. An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted in 102 adults selected through non-probability convenience sampling. A sociodemographic questionnaire, the PULSES profile, and the WHOQOL-BREF scale were administered. Qualitative variables were analyzed using frequencies and percentages, whereas quantitative variables were described using measures of central tendency and dispersion. The mean age was  $56.7 \pm 12.2$  years; most participants were male (65.7%), from urban areas, and belonged to socioeconomic stratum 1. The most frequent conditions were hypertension associated with type 2 diabetes mellitus (30.4%), hypertension (29.4%), and chronic kidney disease (22.5%). According to the PULSES profile, 36.3% of participants showed low dysfunction, 36.3% moderate dysfunction or dependence, and 27.5% high dependence. Quality of life and overall health perception were predominantly classified as moderate. Adults with noncommunicable chronic diseases may experience impairments in functional capacity and in their perception of health and quality of life.

#### **Keywords:**

Quality of life

Chronic disease

Adult

Activities of daily living

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025), para el año 2021 las enfermedades no transmisibles (ENT) causaron la muerte de al menos 43 millones de personas, lo que representa el 75 % de las muertes a nivel mundial. Las cifras indican que 18 millones de personas murieron a causa de una ENT antes de cumplir los 70 años, y que el 82 % de esas muertes prematuras ocurrieron en países de ingresos medianos y bajos (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2019). Asimismo, se señala que la principal causa de muerte corresponde a los eventos cardiovasculares, seguidos por el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, que en conjunto representan el 80 % de todas las muertes prematuras por ENT (OMS, 2025). Entre los factores de riesgo para desarrollar las patologías citadas anteriormente se destacan el consumo de tabaco, el bajo consumo de frutas y verduras, el sedentarismo, el consumo de alcohol y la ingesta excesiva de grasa y sal (Vasquez & Garzón-Duque, 2021; Semprún de Villasmil et al., 2023).

En Colombia, para el año 2021, la enfermedad isquémica del corazón presentó una tasa cruda de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) de 1964.5 por 100 000 habitantes. Para la diabetes se registraron 941.4 AVAD por 100 000 habitantes y, para el accidente cerebrovascular, 744 AVAD por 100 000 habitantes (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & OMS, 2021). De igual forma, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2026), entre las principales causas de mortalidad se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades hipertensivas y la diabetes. Un comportamiento similar se evidencia tanto en el departamento de Córdoba como en su capital, Montería.

Con el paso de los años, las personas que padecen una enfermedad crónica pueden ver afectada su capacidad funcional y, por ende, su calidad de vida. Estas patologías pueden ocasionar intenso sufrimiento, daños físicos, psicológicos y sociales, así como alteraciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, lo que puede contribuir al desarrollo de dependencia (Filgueiras de Assis-Mello & Angelo, 2018; Kayser et al., 2023; Liang et al., 2025).

Al hablar de capacidad funcional, la literatura señala que los adultos con enfermedad crónica presentan tasas más altas de discapacidad incidente en todas las actividades de la vida diaria (Fong, 2019; Nishio et al., 2024), lo que genera cierto grado de dependencia (Chávez-Rojas et al., 2025). Además, suelen presentar fragilidad y dificultades para interactuar en los diferentes entornos de acuerdo con su rol (Paz et al., 2024). La OMS indica que la capacidad funcional comprende las habilidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Incluye aspectos como satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad (OMS, 2020).

Por otro lado, padecer una enfermedad crónica puede deteriorar la calidad de vida, definida como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes (OMS, 2012). Diversos estudios señalan que las enfermedades crónicas pueden impactar el bienestar físico, social, ambiental, mental y cultural de una persona (Golics et al., 2013; Amin et al., 2022; García-Barrera et al., 2022).

Bajo este contexto, se desarrolló la presente investigación, cuyo objetivo es evaluar la capacidad funcional y la calidad de vida en adultos con enfermedad crónica asistentes a un prestador de mediana complejidad, mediante un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Conocer el comportamiento de ambos constructos puede servir como insumo para el desarrollo de intervenciones dirigidas a esta población, en las que se prioricen las áreas con mayor afectación. De igual forma, se espera seguir demostrando la utilidad y pertinencia de los instrumentos en el sector salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Este diseño permitió describir, en un único momento de medición, el perfil funcional de los participantes mediante la escala PULSES y los puntajes de calidad de vida percibida mediante el WHOQOL-BREF.

El estudio se desarrolló entre enero y junio de 2024. La muestra estuvo integrada por 102 participantes y se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con la disponibilidad de los sujetos y el cumplimiento de los criterios definidos para el estudio. Se incluyeron personas de 18 años o más, con diagnóstico de al menos una enfermedad crónica, asistencia activa a los servicios ofertados por el prestador de salud y aceptación voluntaria de participación mediante la firma del consentimiento informado. Se excluyeron los usuarios que recibían atención domiciliaria, se encontraban hospitalizados o presentaban algún deterioro cognitivo que les impidiera responder las preguntas de los instrumentos.

Las variables sociodemográficas incluyeron edad, sexo, procedencia, escolaridad, estado civil, régimen de afiliación al sistema de salud, estrato socioeconómico, ocupación y presencia de cuidador. Las variables clínicas incluyeron la patología principal reportada, clasificada en hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), HTA asociada a DM2, enfermedad renal crónica y HTA asociada a DM2 e hipotiroidismo.

La funcionalidad fue evaluada mediante el perfil PULSES, una escala de valoración funcional que explora seis dimensiones: P, estabilidad de la patología o condición física; U, utilización de miembros superiores; L, locomoción o capacidad de traslado; S, capacidad sensorial; E, eliminación o control de esfínteres; y S, actividad social. Cada dimensión se califica de 1 a 4 puntos, donde los valores más bajos indican mayor funcionalidad y los valores más altos indican mayor dependencia. El puntaje total se obtiene mediante la suma de los seis ítems, con un rango teórico de 6 a 24 puntos. La interpretación funcional clasifica entre 6 y 8 puntos como baja disfunción, entre 9 y 11 como mediana disfunción o dependencia, y entre 12 y 24 como alta dependencia (Marshall et al., 1999; Bermejo et al., 2008).

La calidad de vida se evaluó mediante el WHOQOL-BREF, instrumento compuesto por 26 ítems (Espinoza et al., 2011). Los ítems 1 y 2 valoran, respectivamente, la percepción global de la calidad de vida y la percepción global de la salud. Los demás ítems se agrupan en cuatro dominios: físico (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18), psicológico (ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26), social (ítems 20, 21 y 22) y ambiental (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25). Cada pregunta se responde en una escala de 1 a 5, donde una puntuación más alta indica una mejor calidad de vida. Para el cálculo de los puntajes se realizó la recodificación de los ítems negativos (3, 4 y 26) y la transformación de los dominios a una escala de 0 a 100, en la que los valores más altos indican una mejor calidad de vida percibida (López-Huerta et al., 2017).

Con fines descriptivos, los puntajes transformados del WHOQOL-BREF se clasificaron en cinco categorías: muy baja calidad de vida (0 a 20 puntos), baja (21 a 40 puntos), moderada (41 a 60 puntos), alta (61 a 80 puntos) y muy alta (81 a 100 puntos).

La información se organizó en una base de datos estructurada que incluyó variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y de calidad de vida. Posteriormente, se realizó una revisión de la consistencia interna de la base de datos, verificando la presencia de registros duplicados, valores perdidos y rangos válidos para cada escala. Para el perfil PULSES se comprobó que los seis ítems presentaran valores entre 1 y 4. Para el WHOQOL-BREF se revisó la codificación de los ítems, la recodificación de los reactivos negativos y el cálculo de los puntajes globales y por dominios.

El análisis estadístico fue exclusivamente descriptivo. Las variables cualitativas se resumieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar, así como mediana, rango intercuartílico y rango mínimo-máximo, de acuerdo con la naturaleza de cada variable.

Para la escala PULSES se describió la distribución de las respuestas en cada uno de los seis ítems, el puntaje medio por dimensión, la mediana, el rango y el puntaje total. Además, los participantes se clasificaron en baja disfunción, mediana disfunción o dependencia, y alta dependencia, según los puntos de corte definidos para el instrumento. Para el WHOQOL-BREF se calcularon los puntajes de calidad de vida global, salud global y los dominios físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente, expresados en una escala de 0 a 100. Adicionalmente, se describió la distribución de los participantes según las categorías de calidad de vida: muy baja, baja, moderada, alta y muy alta.

Los resultados se presentan mediante tablas descriptivas y figuras. No se realizaron pruebas de hipótesis, análisis de correlación ni modelos multivariantes, debido al alcance descriptivo del estudio.

El estudio se desarrolló bajo los principios éticos aplicables a la investigación en salud, garantizando la confidencialidad de la información y el manejo anonimizado de los datos. La base de datos utilizada no incluyó información que permitiera la identificación directa de los participantes. La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba (Acta No. 05 del 26 de septiembre de 2023) y, de acuerdo con la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (1993), se clasificó como una investigación de riesgo mínimo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se incluyeron 102 participantes con enfermedades crónicas. La edad media fue de  $56.7 \pm 12.2$  años, con una mediana de 58.0 años y un rango intercuartílico de 48.0 a 64.8 años. Predominó el sexo masculino, con 67 participantes (65.7 %), mientras que 35 participantes (34.3 %) correspondieron al sexo femenino. Según la procedencia, 54 participantes (52.9 %) residían en zona urbana y 48 (47.1 %) en zona rural. En cuanto a la escolaridad, el mayor porcentaje correspondió a primaria, con 39 participantes (38.2 %), seguido de bachillerato, con 29 (28.4 %); además, 22 participantes (21.6 %) eran analfabetas y 12 (11.8 %) tenían estudios técnicos. Respecto al estado civil, la unión libre fue la categoría más frecuente, con 42 participantes

(41.2 %). La mayoría pertenecía al régimen subsidiado, con 90 participantes (88.2 %), y al estrato socioeconómico 1, con 73 (71.6 %). Asimismo, 60 participantes (58.8 %) reportaron contar con cuidador. En relación con la ocupación, 46 participantes (45.1 %) no trabajaban, 27 (26.5 %) eran trabajadores independientes, 25 (24.5 %) amas de casa y 4 (3.9 %) pensionados. Las patologías principales más frecuentes fueron HTA + DM2, con 31 casos (30.4 %), seguida de HTA, con 30 casos (29.4 %), y enfermedad renal crónica, con 23 casos (22.5 %) (Tabla 1).

**Tabla 1:** Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

| Variable                      | n (%)            |
|-------------------------------|------------------|
| <b>Edad, años</b>             |                  |
| Mediana (RIQ)                 | 58.0 [48.0–64.8] |
| Media $\pm$ DE                | 56.7 $\pm$ 12.2  |
| <b>Sexo</b>                   |                  |
| Femenino                      | 35 (34.3)        |
| Masculino                     | 67 (65.7)        |
| <b>Procedencia</b>            |                  |
| Urbana                        | 54 (52.9)        |
| Rural                         | 48 (47.1)        |
| <b>Escolaridad</b>            |                  |
| Primaria                      | 39 (38.2)        |
| Bachillerato                  | 29 (28.4)        |
| Analfabeta                    | 22 (21.6)        |
| Estudios técnicos             | 12 (11.8)        |
| <b>Estado civil</b>           |                  |
| Soltero                       | 17 (16.7)        |
| Casado                        | 25 (24.5)        |
| Unión libre                   | 42 (41.2)        |
| Separado                      | 18 (17.6)        |
| <b>Régimen de salud</b>       |                  |
| Subsidiado                    | 90 (88.2)        |
| Contributivo                  | 12 (11.8)        |
| <b>Estrato socioeconómico</b> |                  |
| Estrato 1                     | 73 (71.6)        |
| Estrato 2                     | 22 (21.6)        |
| Estrato 3                     | 7 (6.9)          |
| <b>Presencia de cuidador</b>  |                  |
| Sí                            | 60 (58.8)        |
| No                            | 42 (41.2)        |
| <b>Ocupación</b>              |                  |
| Ama de casa                   | 25 (24.5)        |
| Trabajador independiente      | 27 (26.5)        |
| No trabaja                    | 46 (45.1)        |
| Pensionado                    | 4 (3.9)          |
| <b>Patología principal</b>    |                  |
| HTA                           | 30 (29.4)        |
| DM2                           | 14 (13.7)        |
| HTA + DM2                     | 31 (30.4)        |
| Enfermedad renal crónica      | 23 (22.5)        |

| Variable                   | n (%)   |
|----------------------------|---------|
| HTA + DM2 + hipotiroidismo | 4 (3.9) |

Nota: DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartílico; HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes mellitus tipo 2.

En la valoración funcional mediante el perfil PULSES, el puntaje total promedio fue de  $9.68 \pm 3.23$  puntos, con una mediana de 9 puntos y un rango de 6 a 21 puntos. Entre las dimensiones evaluadas, la mayor puntuación media correspondió a P1. Estabilidad de la patología, con  $2.79 \pm 1.34$ , seguida de P5. Eliminación/control de esfínteres, con  $1.77 \pm 1.30$ . Las dimensiones con menores puntuaciones medias fueron P6. Actividad social según lo esperado, con  $1.11 \pm 0.31$ ; P4. Capacidad sensorial, con  $1.23 \pm 0.70$ ; y P3. Locomoción/capacidad de traslado, con  $1.31 \pm 0.70$ .

En términos de distribución por ítems, en P1. Estabilidad de la patología, el 50.0 % de los participantes se ubicó en el valor 4, mientras que en P5. Eliminación/control de esfínteres el 24.5 % alcanzó este mismo nivel. En contraste, la mayoría de los participantes obtuvo un valor de 1 en P2. Utilización de miembros superiores (75.5 %), P3. Locomoción/capacidad de traslado (79.4 %), P4. Capacidad sensorial (89.2 %) y P6. Actividad social según lo esperado (89.2 %) (Tabla 2).

**Tabla 2:** Distribución de los ítems y categorías del perfil PULSES en los participantes

| Ítem / dimensión PULSES                | Valor 1<br>n (%) | Valor 2<br>n (%) | Valor 3<br>n (%) | Valor 4<br>n (%) | Media $\pm$<br>DE                 | Mediana  | Rango       |
|----------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------------------|----------|-------------|
| P1. Estabilidad de la patología        | 31 (30.4)        | 10 (9.8)         | 10 (9.8)         | 51 (50.0)        | $2.79 \pm 1.34$                   | 3.5      | 1–4         |
| P2. Utilización de miembros superiores | 77 (75.5)        | 11 (10.8)        | 6 (5.9)          | 8 (7.8)          | $1.46 \pm 0.92$                   | 1        | 1–4         |
| P3. Locomoción/capacidad de traslado   | 81 (79.4)        | 13 (12.7)        | 5 (4.9)          | 3 (2.9)          | $1.31 \pm 0.70$                   | 1        | 1–4         |
| P4. Capacidad sensorial                | 91 (89.2)        | 3 (2.9)          | 4 (3.9)          | 4 (3.9)          | $1.23 \pm 0.70$                   | 1        | 1–4         |
| P5. Eliminación/control de esfínteres  | 74 (72.5)        | 2 (2.0)          | 1 (1.0)          | 25 (24.5)        | $1.77 \pm 1.30$                   | 1        | 1–4         |
| P6. Actividad social según lo esperado | 91 (89.2)        | 11 (10.8)        | 0 (0.0)          | 0 (0.0)          | $1.11 \pm 0.31$                   | 1        | 1–2         |
| Puntaje total PULSES                   | —                | —                | —                | —                | <b><math>9.68 \pm 3.23</math></b> | <b>9</b> | <b>6–21</b> |

Nota: DE: desviación estándar. PULSES: P = estabilidad de la patología; U = utilización de miembros superiores; L = locomoción; S = capacidad sensorial; E = eliminación; S = actividad social.

Según la clasificación funcional del puntaje total PULSES, 37 participantes (36.3 %) presentaron baja disfunción, 37 (36.3 %) mediana disfunción o dependencia y 28 (27.5 %) alta dependencia. Esta distribución muestra que aproximadamente dos de cada tres participantes se ubicaron entre baja y mediana disfunción, mientras que cerca de una tercera parte presentó alta dependencia funcional (Tabla 3 y Figura 1).

**Tabla 3:** Clasificación funcional según puntaje total PULSES

| Clasificación funcional        | Puntaje | n (%)              |
|--------------------------------|---------|--------------------|
| Baja disfunción                | 6–8     | 37 (36.3)          |
| Mediana disfunción/dependencia | 9–11    | 37 (36.3)          |
| Alta dependencia               | 12–24   | 28 (27.5)          |
| <b>Total</b>                   | —       | <b>102 (100.0)</b> |

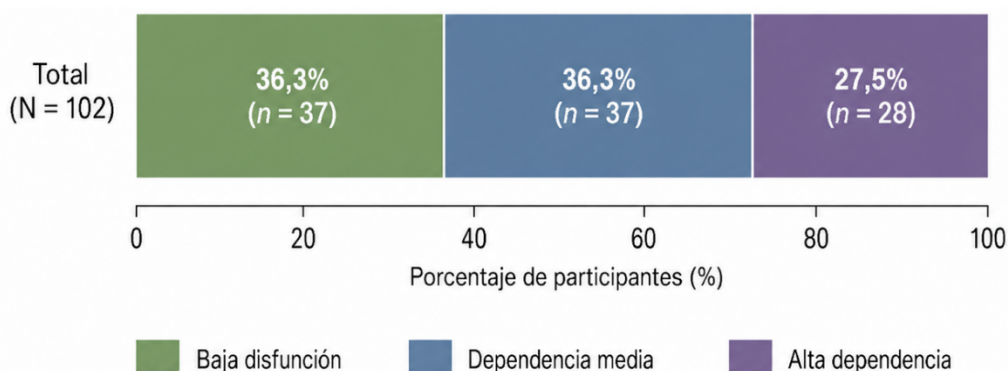


**Fig. 1:** Distribución de categorías funcionales según el perfil PULSES

Nota: Perfil PULSES: 6–8 puntos = baja disfunción; 9–11 = dependencia media; 12–24 = alta dependencia.

Estos resultados son similares a los reportados por Torres y Vargas (2025), quienes encontraron que la mayoría de los participantes se ubicaba en las categorías de baja disfunción y alta dependencia. Por su parte, Cardozo et al. (2022) hallaron que el 15.5 % de la muestra presentaba dependencia leve, el 16.2 % dependencia moderada y el 68.3 % dependencia severa. En contraste, Alarcón-Rodríguez et al. (2019) reportaron que la mayor parte de la muestra (91.2 %) presentó baja dependencia, mientras que solo el 1.64 % se ubicó en alta dependencia.

Los hallazgos obtenidos sugieren que la presencia de enfermedades crónicas puede asociarse con limitaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y con distintos grados de dependencia funcional.

Respecto a la calidad de vida evaluada mediante el WHOQOL-BREF, los puntajes transformados a una escala de 0 a 100 mostraron valores medios intermedios en todas las dimensiones evaluadas. El mayor puntaje promedio correspondió al dominio psicológico, con  $56.1 \pm 14.2$ , seguido del dominio físico, con  $54.8 \pm 10.4$ , y del dominio de relaciones sociales, con  $52.0 \pm 14.8$ . El dominio con menor puntaje promedio fue ambiente, con  $49.9 \pm 9.0$  (Tabla 4).

**Tabla 4:** Puntajes de calidad de vida según WHOQOL-BREF

| Dimensión WHOQOL-BREF          | n   | Media $\pm$ DE  | Mediana [RIQ]    | Rango     |
|--------------------------------|-----|-----------------|------------------|-----------|
| Calidad de vida global         | 102 | $50.2 \pm 19.4$ | 50.0 [31.3–68.8] | 0.0–100.0 |
| Salud global                   | 102 | $47.5 \pm 23.2$ | 50.0 [25.0–75.0] | 0.0–100.0 |
| Dominio físico                 | 102 | $54.8 \pm 10.4$ | 53.6 [50.0–63.4] | 32.1–78.6 |
| Dominio psicológico            | 102 | $56.1 \pm 14.2$ | 54.2 [45.8–66.7] | 20.8–83.3 |
| Dominio de relaciones sociales | 102 | $52.0 \pm 14.8$ | 50.0 [41.7–66.7] | 16.7–83.3 |
| Ambiente                       | 102 | $49.9 \pm 9.0$  | 50.0 [46.9–53.1] | 25.0–71.9 |

Nota: DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartílico. Los puntajes del WHOQOL-BREF fueron transformados a escala 0–100. Valores más altos indican mejor calidad de vida percibida.

En la clasificación categórica del WHOQOL-BREF, la mayoría de los participantes se ubicó en la categoría moderada en todos los dominios evaluados. Asimismo, la calidad de vida global se clasificó principalmente como moderada en el 49.0 % de los participantes, mientras que la percepción global de salud se ubicó en esta misma categoría en el 37.3 %. En el dominio físico, el 58.8 % presentó una calidad de vida moderada; en el dominio psicológico, el 50.0 % se clasificó en este nivel; y en relaciones sociales, el 53.9 % se ubicó igualmente en la categoría moderada. El dominio ambiente concentró la mayor proporción de participantes en esta categoría, con un 80.4 %. (Tabla 5).

**Tabla 5:** Clasificación categórica de la calidad de vida según WHOQOL-BREF

| Dimensión WHOQOL-BREF  | Muy baja (%) | n | Baja (%)  | n | Moderada (%) | n | Alta (%)  | n | Muy alta (%) | n |
|------------------------|--------------|---|-----------|---|--------------|---|-----------|---|--------------|---|
| Calidad de vida global | 1 (1.0)      |   | 25 (24.5) |   | 50 (49.0)    |   | 24 (23.5) |   | 2 (2.0)      |   |
| Salud global           | 6 (5.9)      |   | 29 (28.4) |   | 38 (37.3)    |   | 27 (26.5) |   | 2 (2.0)      |   |
| Dominio físico         | 0 (0.0)      |   | 8 (7.8)   |   | 60 (58.8)    |   | 34 (33.3) |   | 0 (0.0)      |   |
| Dominio psicológico    | 0 (0.0)      |   | 13 (12.7) |   | 51 (50.0)    |   | 35 (34.3) |   | 3 (2.9)      |   |
| Relaciones sociales    | 3 (2.9)      |   | 14 (13.7) |   | 55 (53.9)    |   | 29 (28.4) |   | 1 (1.0)      |   |
| Ambiente               | 0 (0.0)      |   | 9 (8.8)   |   | 82 (80.4)    |   | 11 (10.8) |   | 0 (0.0)      |   |

Nota: Los puntajes del WHOQOL-BREF fueron transformados a escala 0–100. La categorización se realizó con fines descriptivos: muy baja = 0–20; baja = 21–40; moderada = 41–60; alta = 61–80; muy alta = 81–100. Valores más altos indican mejor calidad de vida percibida.

Investigaciones como la realizada por Amin et al. (2022) reportan que las puntuaciones de calidad de vida fueron inferiores a la media, con puntuaciones medias ( $\pm$  DE) en los dominios de salud física, psicológico, relaciones sociales y ambiental de  $37.2 \pm 20.5$ ,  $44.2 \pm 21.0$ ,  $39.6 \pm 23.2$  y  $41.6 \pm 19.5$ , respectivamente. Por su parte, Wiśnicka et al. (2022) identificaron en la muestra estudiada una mejor calidad de vida en el dominio ambiental ( $M = 13.28$ ;  $DE = 3.11$ ), seguido del dominio social ( $M = 12.81$ ;  $DE = 2.71$ ) y del dominio psicológico ( $M = 12.8$ ;  $DE = 3.2$ ), mientras que el dominio físico presentó la puntuación más baja ( $M = 10.44$ ;  $DE = 2.85$ ). En el estudio de Bodra et al. (2025), la puntuación media del dominio físico fue de  $54.4 \pm 9.7$  y la del dominio psicológico de  $56.6 \pm 10.8$ , siendo estos los dominios con mayor afectación. Las enfermedades crónicas pueden deteriorar distintas esferas de la calidad de vida, lo que puede influir en los procesos de afrontamiento, adaptación, autoeficacia y adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

La calidad de vida global presentó una media de  $50.2 \pm 19.4$ , mientras que la salud global registró un promedio de  $47.5 \pm 23.2$  (Tabla 4). En la clasificación categórica del WHOQOL-BREF, la calidad de vida global fue moderada en 50 participantes (49.0 %), baja en 25 (24.5 %) y alta en 24 (23.5 %). La salud global presentó una distribución menos favorable, con 29 participantes (28.4 %) en la categoría baja y 6 (5.9 %) en la muy baja; sin embargo, la categoría moderada continuó siendo la más frecuente, con 38 participantes (37.3 %) (Tabla 5).

Estos resultados difieren de los reportados por Carranza et al. (2023), quienes encontraron que el 77.3 % de la muestra percibía su calidad de vida como alta. Por su parte, Amin et al. (2022) reportaron que el 22.2 % de los participantes calificó su calidad de vida como mala y que el 25.0 % manifestó insatisfacción con su salud. No obstante, más de la mitad de los participantes (54.0 % y 51.2 %, respectivamente) presentaron una valoración media de su calidad de vida y de su estado de salud. Asimismo, Wiśnicka et al. (2022) encontraron una puntuación media de 2.78 puntos ( $DE = 0.91$ ) en la percepción de la calidad de vida, y el 40.0 % de los pacientes indicó una percepción deficiente de esta.

La percepción de la calidad de vida global y la satisfacción con el estado de salud pueden verse afectadas por la presencia de enfermedades crónicas de larga duración que requieren cuidados y seguimiento continuos.

Por otro lado, la representación radial de los puntajes medios del WHOQOL-BREF permitió identificar un perfil general de calidad de vida predominantemente intermedio, con valores relativamente más altos en los dominios psicológico y físico, y valores más bajos en salud global y ambiente (Figura 2).

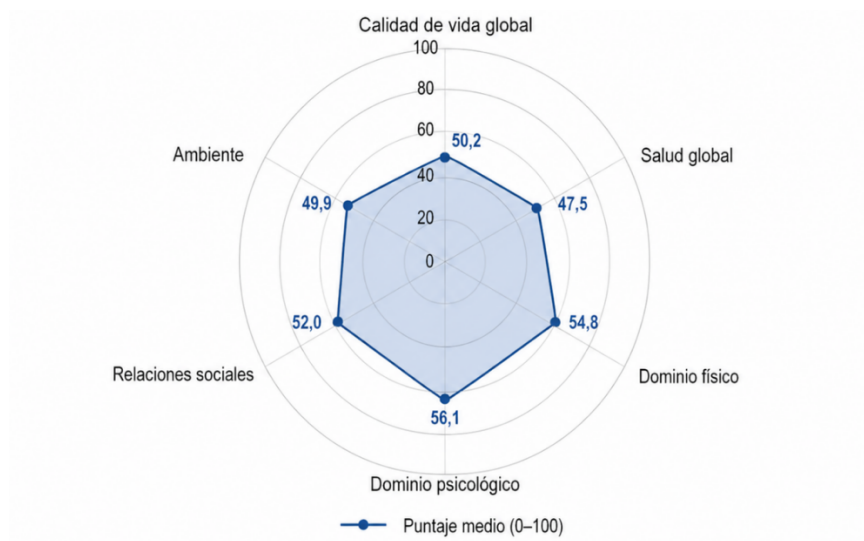


**Fig. 2:** Puntajes medio de calidad de vida según WHOQOL-BREF

Nota: WHOQOL-BREF: valores más altos que indican mejor calidad de vida percibida.

De manera complementaria, el gráfico radial del perfil PULSES evidenció que el mayor compromiso funcional promedio se concentró en la estabilidad de la patología, seguido de la eliminación/control de esfínteres, mientras que la actividad social, la capacidad sensorial y la locomoción/capacidad de traslado presentaron menores niveles promedio de dependencia funcional (Figura 3).

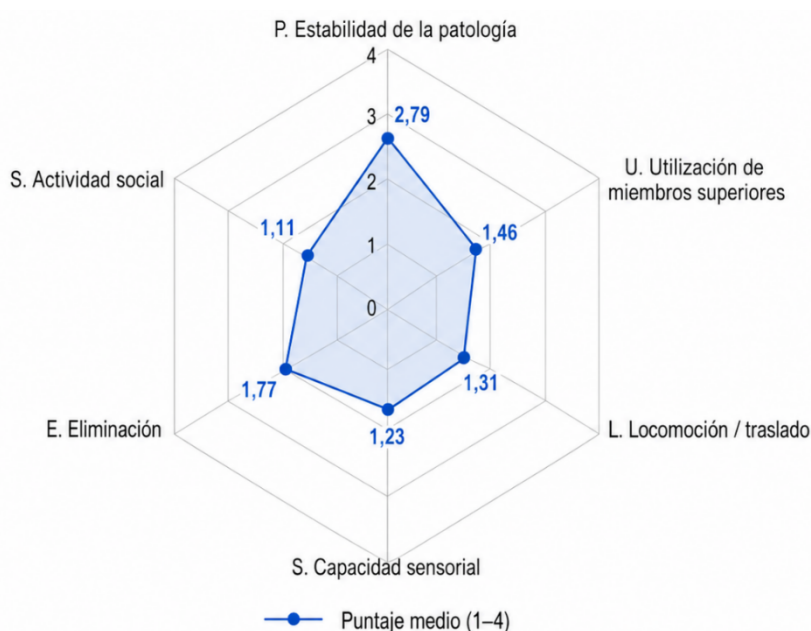


**Fig. 3:** Perfil funcional medio de los participantes según dimensiones de la escala PULSES

Nota: En la escala PULSES: puntajes más altos indican mayor dependencia funcional.

## CONCLUSIÓN

En la muestra estudiada, la evaluación de la capacidad funcional mostró que la mayoría de los participantes se ubicó en los niveles de baja y mediana dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. En cuanto a la calidad de vida, los participantes presentaron un perfil predominantemente moderado en los diferentes dominios evaluados; asimismo, la percepción global de la calidad de vida y del estado de salud se ubicó principalmente en la categoría moderada. Estos hallazgos sugieren la necesidad de

desarrollar estudios de intervención orientados a disminuir o mitigar el impacto de las enfermedades crónicas en las diferentes esferas de la vida de las personas que las padecen.

## REFERENCIAS

- Alarcon Rodríguez, A., Carreño Moreno, S., & Arias Rojas, M. (2019). Percepción de carga de la enfermedad en la persona con enfermedad crónica. *Ciencia y enfermería*, 25, 0-0. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532019000100215>
- Amin, M., Bhowmik, B., Rouf, R., Khan, M., Tasnim, S., Afsana, F., Sharmin, R., Hossain, K., Khan, M., Amin, S., Khan, M. S., Pathan, M., & Hasan, M. (2022). Assessment of quality of life and its determinants in type-2 diabetes patients using the WHOQOL-BREF instrument in Bangladesh—PubMed. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01072-w>
- Bermejo, F., Porta, J., Díaz, J., & Martínez, P. (2008). *Más de cien Escalas en Neurología* (2da edición). Biblioteca Aula Médica. [https://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas\\_en\\_neurologia\\_marzo.pdf](https://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf)
- Bodra, D., Munda, P., Bhojaraju, B., Khan, M. M. E. H., Sr, D. B., Munda, P., Bhojaraju, B., & Khan, M. M. E. H. (2025). A Study of the Quality of Life in Patients on Hemodialysis Therapy. *Cureus*, 17. <https://doi.org/10.7759/cureus.94864>
- Cardozo-García, Y., Arias-Rojas, M., & Salazar-Maya, Á. M. (2022). Predictores de la calidad de vida en cuidadores de pacientes con enfermedad crónica. *Salud UIS*, 54. <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22047>
- Carranza-Prado, L. D., González-Villegas, G., Picazo-Carranza, A. R., Recéndiz de Jesús-Ruiz, M., González-Villegas, A. L., & Lozano-Zúñiga, M. M. (2023). Calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 2802-2812. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i1.4627](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4627)
- Chávez-Rojas, A. K., García-Morales, G., Garduño-Orbe, B., & Ojeda, R. G. (2025). Capacidad funcional en adultos mayores usuarios de una unidad médica ubicada en la zona marginal en Guerrero, México. *Horizonte Médico (Lima)*, 25(4), e4141-e4141. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2025.v25n4.09>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2026). *Defunciones no Fetales 2024*. DANE. Defunciones no Fetales 2024. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2024>
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire among Chilean older people. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Filgueiras de Assis-Mello, M. V., & Angelo, M. (2018). The impact of chronic kidney disease: Experiences of patients and relatives from the extreme north of Brazil. *Investigación y Educación En Enfermería*, 36(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iece.v36n1e02>
- Fong, J. H. (2019). Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatrics*, 19(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1348-z>
- García-Barrera, A. E., Horta-Roa, L. F., Bautista-Roa, M. A., Ibáñez-Pinilla, E. A., & Cobo-Mejía, E. A. (2022). Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Revista Salud Bosque*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.18270/rsb.v12i1.3278>
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2019). *Global Burden of Disease Study Results* [GBD Results]. Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
- Golics, C. J., Azam-Basra, M. K., Salek, M. S., & Yule-Finlay, A. (2013). The impact of patients&#39; chronic disease on family quality of life: An experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*, 6, 787-798. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S45156>
- Kayser, J., Hu, R., Rosenscruggs, D., Li, L., & Xiang, X. (2023). A Systematic Review of the Impact of Select Mindfulness Interventions on Psychological Outcomes among Older Adults with Chronic Health Conditions: Clinical Gerontologist: Vol 46 , No 3—Get Access. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 302-314. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2076636>
- Liang, C., Yen, H., Lin, S., Chen, C., Chang, Y., & Fang, Y. (2025). Factors influencing the psychological well-being of patients undergoing haemodialysis in Taiwan: An observational study | BMJ Open. *BMJ Open*, 15, e095840. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095840>
- López-Huerta, J. A., González-Romo, R. A., & Tejada-Tayabas, J. M. (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(44), 105-115.

- Marshall, S., Heisel, B., & Grinnell, D. (1999). Validity of the PULSES profile compared with the Functional Independence Measure for measuring disability in a stroke rehabilitation setting. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(7), 760-765. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(99\)90224-1](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(99)90224-1)
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). *Resolución Número 8430 de 1993*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
- Nishio, M., Haseda, M., Inoue, K., Saito, M., & Kondo, N. (2024). Measuring functional ability in Healthy Ageing: Testing its validity using Japanese nationwide longitudinal data. *Age and Ageing*, 53(1), afad224. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad224>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030*. OMS. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). *Enfermedades no transmisibles*. OMS. Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *ENLACE: Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas*. ENLACE: Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas. <https://www.paho.org/es/enlace>
- Paz, C. I., Ledezma, B. M., Rivera, D. M., Salazar, M. L., Torres, M. V., Patiño, F. R., & Mera-Mamián, A. Y. (2024). Relación de la capacidad funcional y la funcionalidad familiar con la fragilidad en adultos mayores con riesgo cardiovascular en el suroccidente colombiano. *Biomédica*, 44(4), 537-551. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7473>
- Semprún de Villasmil, B. I., Linares Giler, S., Urdaneta Bracho, J. S., Zamora Cevallos, Á., Ponce Alencastro, J., Milian Hernández, J., Solórzano Plúas, M., Santana Intriago, P., Semprún de Villasmil, B. I., Linares Giler, S., Urdaneta Bracho, J. S., Zamora Cevallos, Á., Ponce Alencastro, J., Milian Hernández, J., Solórzano Plúas, M., & Santana Intriago, P. (2023). Factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin hipertensión arterial. Lodana, Manabí-Ecuador. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 10(2), 29-42. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2023.10.02.29>
- Torres-Contreras, C. C., & Vargas-Romero, A. V. (2025). Calidad de vida y factores asociados en personas mayores institucionalizadas: Implicaciones para la enfermería gerontológica. Estudio Analítico. *Revista Cuidarte*, 16(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.5800>
- Vasquez, D., & Garzón-Duque, M. O. (2021). Hipertensión arterial, diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovasculares en trabajadores de una plaza de mercado de un municipio de Antioquia, Colombia, 2017-2018. *Gerencia y Políticas de Salud*, 20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.hadm>
- Wiśnicka, A., Lomper, K., & Uchmanowicz, I. (2022). Self-care and quality of life among men with chronic heart failure. *Frontiers in Public Health*, 10, 942305. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.942305>