



## Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa

## Chronic noncommunicable disease and quality of life Narrative review

Andrea Vásquez Morales<sup>1</sup>, Luisa Fernanda Horta Roa<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la evidencia científica actual que existe en torno a la enfermedad crónica no transmisible, la calidad de vida, la percepción de salud en el adulto mayor y su relación entre las mismas. **Metodología:** Revisión narrativa de la literatura consultando las bases de datos Medline vía PubMed, LILACS, CINAHL y The Cochrane Library. Se incluyeron artículos con una obsolescencia no mayor a siete años, escritos en cualquier idioma y que tuvieran descarga completa con acceso libre. En las bases de datos que lo permitieron se empleó para la ecuación de búsqueda de descriptores (DeCS y MeSH) y como límites: Humanos. **Resultados:** Los hallazgos temáticos se organizaron en tres ejes principales que describen aspectos clave para una

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the current evidence regarding chronic non-communicable disease, quality of life, perceived health in the elderly and its relation between them. **Methods:** Narrative review including specialized data on health issues: Medline via PubMed, LILACS, CINAHL and The Cochrane Library. Scientific articles with an obsolescence no more than seven years in any language and have full download with free access were included. In databases that allowed was used to search a descriptor filter in order to retrieve scientific publications (DeCS and MeSH) and as limits: Humans. **Results:** The findings were organized in three main areas that

---

### Historial del Artículo.

Fecha de recepción: 26/10/2017

Fecha de aceptación: 20/12/2017

1 Universidad de Boyacá. Fisioterapeuta PhD. en Salud Pública. Mg. Gerontología Social. Grupo de Investigación CORPS. Boyacá, Colombia.

2 Universidad de Boyacá. Fisioterapeuta. Especialista en Auditoría de Salud. Grupo de Investigación CORPS. Boyacá, Colombia.

**correspondencia:** Luisa Fernanda Horta Roa. Correo electrónico: lfhorta@uniboyaca.edu.co. Teléfono: +57 3045206493.

*mejor comprensión y contextualización de la enfermedad crónica en el adulto mayor, que va más allá de los aspectos clínicos y relaciona su efecto sobre la percepción de la salud, percepción de la enfermedad y la calidad de vida de quien la padece. Conclusiones: La revisión realizada permite dimensionar integralmente lo que representa la presencia de una o más de una enfermedad crónica en el adulto mayor, evidenciando que un número creciente de enfermedades crónicas tienen un fuerte efecto sobre la calidad de vida, percepción de salud y de la enfermedad en el adulto mayor.*

**Palabras clave:** enfermedad crónica; anciano; envejecimiento; calidad de vida

*describe key aspects for a better understanding and contextualization of chronic disease in the elderly, which goes beyond the clinical aspects and relates its effect on health perception, perception disease and quality of life of the sufferer. Conclusions: The review allows fully dimensioned representing the presence of one or more of a chronic disease in the elderly, showing that an increasing number of chronic diseases have a strong effect on the quality of life and perception of health and disease in the elderly.*

**Keywords:** chronic disease; old man; aging; quality of life

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y el envejecimiento global de la población como reto del siglo XXI requiere integración de acciones de todos los sectores para generar estrategias de prevención de dichas enfermedades y promoción de la salud, enfocado a estilos de vida saludable que contraste los factores de riesgo asociados a la incidencia de las mismas.

Estas enfermedades se caracterizan por ser prevenibles, de larga duración y progresión lenta. Además, son la causa de defunción más importante del mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (1). Para el año 2015, se presentaron 38 millones de defunciones de las cuales, el 75% ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos a causa especialmente de enfermedades que hacen parte de los cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estos grupos representan la mayor carga de morbilidad y costos evitables de la atención sanitaria a nivel mundial y son responsables del 82% de las muertes por ECNT (2,3).

Los factores de riesgo conductuales asociados a las ECNT descritos en la literatura, son principalmente el tabaquismo, exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente, régimen alimenticio poco saludable, inactividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol (3-4). Éstos, pueden modificarse, promoviendo intervenciones que incluyen medidas políticas como el aumento de los impuestos del tabaco y del alcohol, la creación de espacios saludables que inviten a la realización de ejercicio y lugares libres de humo; igualmente, incentivando cambios en la reducción de la sal y eliminando las grasas trans en los alimentos procesados, entre otras (3).

El 80% de las personas mayores presentan alguna condición de cronicidad, encontrándose con frecuencia la enfermedad cerebrovascular y la discapacidad derivada de trastornos visuales, auditivos, la demencia y la artrosis (5,6).

Las ECNT tienen además de repercusiones físicas, efectos en aspectos psicológicos, familiares, económicos y sociales; incidiendo incluso, sobre la percepción de la salud y de la enfermedad y por ende, pasa a establecer un papel determinante en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), llegando a guiar las decisiones de cada persona sobre su salud (7). Esto se convierte en una oportunidad para identificar, fortalecer o corregir creencias que pueda tener una persona acerca de su enfermedad, de igual forma orientar estrategias de prevención y planes de intervención.

El presente artículo tiene como objetivo conocer la evidencia científica actual que existe en torno a la enfermedad crónica no transmisible, la calidad de vida, la percepción de salud en el adulto mayor y su relación entre las mismas. La información recopilada que se presenta a continuación es valiosa, ya que hasta el momento no existe una síntesis relacionada. Se ha realizado un ejercicio de revisión cuidadoso que extrae los aspectos más relevantes relacionados con el tema y presentados en tres ejes temáticos principales que son: Enfermedad crónica no transmisible en el adulto mayor, percepción de la salud - enfermedad en condición de cronicidad y relación de la enfermedad crónica con la calidad de vida.

## METODOLOGÍA

Esta revisión es producto de la construcción reflexiva y ordenada del estado del arte del proyecto: Calidad de vida

y Percepción de la salud - enfermedad en el adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible de los Centros Vida de la ciudad de Tunja.

Se siguió una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Medline vía PubMed, LILACS, CINAHL y The Cochrane Library. Empleando de ser posible límites: Humanos y una estrategia de búsqueda compuesta por los descriptores Anciano; *Aged*, Envejecimiento; *Aging*, Enfermedad Crónica; *Chronic Disease*, Calidad de Vida; *Quality of Life*, Percepción; *Perception*, descriptores DeCSs y *MeSH* respectivamente y palabras claves naturales como: Adulto mayor, Percepción de salud, Percepción de Enfermedad, autopercepción, Noncommunicable, Chronic illness, Self-perceived health, health status. Se analizaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión. Los cuales posteriormente fueron localizados a través de Pubmed y de Google Scholar.

Al realizar la búsqueda, se obtuvieron un total de 726 documentos de los cuales se integraron al análisis 50 documentos publicados entre 2009 y mayo del 2016. Estos fueron seleccionados teniendo en cuenta como criterios de inclusión tener una obsolescencia no mayor a ocho años, un enfoque en adulto mayor, centrarse en la temática de interés, estar escritos en cualquier idioma y originados en cualquier país. Fueron excluidas las revisiones, los artículos que no tuvieran acceso libre para ser recuperados a texto completo. Se realiza una síntesis narrativa de los artículos incluídos.

## RESULTADOS Y DISCUSION

De los 50 documentos incluídos en la revisión el 90% fueron de tipo estudios descriptivos de corte transversal. Los hallazgos temáticos se organizaron en tres ejes principales que describen aspectos clave para una mejor comprensión y contextualización de la enfermedad crónica en el adulto mayor, que va más allá de los aspectos clínicos y relaciona su efecto sobre la percepción de la salud, la enfermedad y la calidad de vida de quien la padece.

### Enfermedad crónica no transmisible en el adulto mayor

En la tercera edad, el ser humano presenta más condiciones para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente por los numerosos cambios físicos, psicológicos y por la disminución de algunas habilidades

(7). Existe una prevalencia elevada de enfermedades crónicas en los mayores; el 80% de las personas de esta etapa de la vida, tienen al menos una enfermedad crónica y el 33% tres o más enfermedades (5,8).

Los resultados de Silveira *et al.*, muestran que la prevalencia más alta en el adulto mayor, le corresponde a la hipertensión arterial (55%) para ambos sexos, seguido de la diabetes con un 7,5% principalmente en hombres (8). Resultados similares fueron hallados por Durán *et al.*, quienes además agregan a la osteoporosis como una afectación con alta prevalencia en esta población. La principal causa de mortalidad entre las personas mayores de 60 años es la enfermedad cardiovascular y el cáncer (7).

Las enfermedades crónicas, se caracterizan por una larga latencia que provoca la pérdida de la funcionalidad. La mayoría de ellas, están asociadas a una combinación de factores sociales, culturales y ambientales (de conducta) y pese a no amenazar la vida directamente, provocan de inmediato una carga sustancial sobre la salud, causando impacto económico y deterioro de la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades (7).

La creciente crisis mundial de las ECNT representa una barrera para los objetivos de desarrollo de los países. En respuesta a ello, se han propuesto cinco acciones prioritarias, fundamentadas en el control de los factores de riesgo, y motivadas por los efectos sobre la salud, la rentabilidad, bajos costos de implementación, viabilidad política y financiera. Estas acciones son: Control del tabaco, reducción de sal, la mejora de la dieta, la reducción en el consumo de alcohol y la actividad física (9). Esta última, ha demostrado tener un impacto positivo en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles (8). Debido a que la inactividad física, aumenta el riesgo de presentar condiciones de salud adversas, a nivel mundial, se estima que causa el 6% de la carga de morbilidad por cardiopatía coronaria, 7% de la diabetes mellitus, 10% de cáncer de mama, y 10% de cáncer de colon (10). Castillo *et al.*, en su estudio sobre diabetes, hace aportes aplicables a todas las ECNT, pues menciona que para el control de dicho factor de riesgo la estrategia principal es el entrenamiento físico bien planificado, dosificado y orientado. Indica, además, que el mejoramiento del metabolismo en el organismo del adulto, retarda el desarrollo de los cambios relacionados con la vejez, asegura una mejor funcionalidad y ayuda a la protección de la longevidad (11). Para mejorar el estilo de vida en esta población es necesario dar continuidad al cuidado, de esta manera se disminuye el riesgo de complicaciones (12).

## Percepción de la salud y de la enfermedad en condición de cronicidad.

Medir la percepción del estado de salud es subjetivo. La valoración del estado de salud, acerca no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. La autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas (13).

Sobre la percepción de la salud, influyen diversos factores, Dezutter *et al.*, aporta que la percepción de la salud guarda una estrecha relación con el significado de la vida que, a su vez, puede estar relacionado con el bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas y la aceptación de su condición. Existe relación entre la satisfacción con la vida, la aceptación y los sentimientos optimistas. El sentido de la vida es un potente predictor de bienestar alta en los pacientes con una enfermedad crónica (14).

Algunos estudios revelan buena percepción entre las personas que declaran tener enfermedades crónicas pero que conservar la funcionalidad y capacidad de realizar actividad física. Esta percepción es diferente de acuerdo al sexo, teniendo una peor calificación en mujeres que en hombres (15). En el estudio adelantado por Cerquera, se fundamenta que esa percepción negativa de salud después de los 60 años en las mujeres, se presenta por el fuerte deterioro de la salud que experimentan, reflejando mayor carga de enfermedad (16-17). El estudio de Sánchez *et al.*, muestra que la percepción es incluso diferente según tipo de enfermedad crónica, y puede ser percibida como buena en algunos casos de hipertensión, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad en mujeres (18). Por su parte, las enfermedades que más modifican la percepción son las musculares y las neurológicas (19).

Otros aspectos que inciden sobre la percepción, son el nivel de escolaridad, el cual tiene una relación directamente proporcional sobre la misma. De la misma forma el estado civil; la percepción alta de salud, es más marcada entre los adultos mayores con pareja, con un 95,5%, que entre los que no la tienen (20).

De igual forma, se ha evidenciado que el bajo nivel económico, vivir solo, tener varias condiciones médicas crónicas, y sentimientos depresivos contribuyen a una percepción negativa (21). La integración de lo psíquico, emocional, espiritual,

familiar y las buenas relaciones interpersonales son factores que contribuyen al bienestar de las personas (22).

No puede olvidarse la relación existente entre la percepción de la enfermedad y la atención integral de salud que reciben las personas en condición de cronicidad, la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud; las personas con al menos una condición crónica son más propensas a reportar una necesidad no satisfecha situación que empeora con el aumento del número de condiciones crónicas (23). Por lo tanto, las diferencias en la percepción de la salud y de la enfermedad, pueden deberse al auto-cuidado, al acceso a los servicios sociales y de salud, a la accesibilidad geográfica y a patrones culturales (24).

De igual manera, debe recordarse que los mayores no solo buscan la satisfacción de sus necesidades materiales, sino también de otras, tales como participar, hablar, decidir, comprometerse, divertirse, recrearse, aprender e intervenir en grupos (25). Es decir, mantener un envejecimiento activo y exitoso.

## Relación de la enfermedad crónica con la calidad de vida

Las enfermedades crónicas tienen un impacto sobre la calidad de vida de las personas de edad avanzada, influyen en las diferentes dimensiones que tiene la calidad de vida como por ejemplo los aspectos físicos y emocionales. Estos cambios que se generan se producen a largo del tiempo y tiende a variar tornándose cada vez más negativo (26-27). Es decir, tanto el aumento del número de morbilidades como de la edad, generan mayor afectación en varias áreas de la calidad de vida en los adultos mayores (28). Resultados similares fueron obtenidos por Heyworth *et al.*, quienes además agregan que la enfermedad pulmonar obstructiva, la falta de educación superior, el tabaquismo y el sexo femenino están asociados a una peor calidad de vida relacionada con la salud (29). Evidencia adicional aportada por Hopman *et al.*, quienes confirman que, mientras la función física puede verse seriamente y negativamente afectada (tanto por la enfermedad crónica como por la edad avanzada), la salud mental se puede mantener relativamente estable (30).

La CVRS se ve más afectada por las consecuencias propiamente de la enfermedad, sin embargo, existen factores o aspectos extrínsecos e intrínsecos que constantemente interactúan con la vida de las personas y que tienen repercusión sobre la misma. Dentro de los factores extrínsecos se evidencia la calidad del medio

ambiente, la disponibilidad de servicios públicos, el ingreso económico mensual, la posesión de bienes, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y el sobrepeso (31). Estos últimos, se asocian a una peor salud física y por ende a una baja calidad de vida (16,32). Igualmente, la falta de controles médicos, el bajo nivel socioeconómico, el estado civil, el vivir con niños, residir en zonas rurales y la falta de ejercicio físico son factores que se relacionan con una menor CVRS en personas de edad avanzada (33-34).

Por su parte, los aspectos intrínsecos como las creencias, prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso no tienen un peso significativo sobre la CVRS (35). Otros, como la edad que va aumentando a lo largo del tiempo, la tensión alta, la misma presencia de una o más de una ECNT -que a su vez genera presencia de dolor- y la discapacidad impactan negativamente en la independencia funcional y la percepción de calidad de vida de las personas adultas mayores, predisponiéndolas a desenlaces adversos (32,36). Parker *et al.*, identificaron en sus hallazgos que la osteoartritis, la depresión y la enfermedad neurológica tienen un importante efecto negativo sobre la CVRS de las personas que las padecen (37). Por su parte, Zhou *et al.*, además aportan que la presencia de enfermedad cardiovascular, osteoporosis, cataratas son factores que afectan principalmente la CVRS (34).

En el caso enfermedades reumáticas, este aspecto se hace más evidente. El incremento en el tiempo de evolución, la presencia de comorbilidades y la afectación de caderas y rodillas influyen negativamente en la percepción de calidad de vida (38,39). Por ello, son importantes resultados que destacan la necesidad de considerar estas patologías como de alto impacto y que requieren una mayor atención. En relación con la enfermedad reumática, se ha encontrado que la rehabilitación modifica la calidad de vida de los mayores que las padecen ya que atenúa el dolor, también mejora la percepción de su estado de salud por cambios favorables frente a las limitaciones de la movilidad física, disminución de la rigidez y una reincorporación progresiva en las actividades de la vida diaria, brindando más independencia funcional (40).

Otro aspecto no menos importante, es el estado del ánimo y la condición de soledad. Theeke, en su estudio con adultos mayores de zonas rurales, halló que existe una relación significativa entre bajos estados de ánimo y condición de soledad con la presencia de enfermedad crónica pulmonar y cardiovascular (41).

La identificación de los factores que afectan la CVRS en cada una de las condiciones de cronicidad, es crucial para aliviar

la carga de la enfermedad, como lo presenta Imayama *et al.*, en su estudio enfocado en comprender los determinantes de la calidad de vida en la diabetes tipo 2. Comenta tres dominios primordiales: factores personales, médicos y de estilo de vida. El primero resulta ser una herramienta útil para detectar los adultos con diabetes tipo 2 que están en riesgo de mala calidad de vida. En cuanto al estilo de vida la actividad física se asocia positivamente y por lo tanto ejerce un factor protector (42-43).

Para detectar algunos de los factores mencionados se emplean diferentes instrumentos, los más comúnmente utilizados en los estudios encontrados fueron el SF36, el WHOQOL- BREF y el EQ-5D. En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida evaluada con el SF36, sobresalen algunas comorbilidades como la hipertensión arterial en donde hay mayor afectación de las dimensiones: capacidad funcional (CF), estado general de salud (EGS), vitalidad (VT), aspectos sociales (AS), aspectos emocionales (AM) y salud mental (SM); en las enfermedades reumáticas parece afectarse principalmente las dimensiones CF, dolor (DR), EGS, AS, AM; respecto a las enfermedades vasculares en las dimensiones de limitaciones por aspectos físicos (AF), EGS, VT; para la enfermedad cardíaca en las dimensiones, AF, CF, DR, AS; enfermedad renal en las dimensiones de CF, AF, VT; enfermedades psiquiátricas en las dimensiones AF, EGS, VT, AS, AM, SM y la Diabetes Mellitus en dimensión EGS (16).

Estudios destacan que las mujeres presentaron peores niveles de calidad de vida en todos los dominios y el más comprometido de todos fue el dominio Aspectos físicos (28). Por su parte, Soares *et al.*, empleó el WHOQOL- BREF y sus resultados arrojaron que la percepción de CVRS fue menor en mujeres con enfermedad crónica en todos los dominios, principalmente en las relacionadas con el sistema nervioso debido al cambio propio de la enfermedad más que al tratamiento, excepto en el dominio ambiente en pacientes con enfermedad mental (43,44). Los análisis de los resultados al aplicar el EQ-5D en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados arrojaron que las condiciones de salud crónicas que más influyen en la CVRS de ambos grupos de mayores fueron la depresión, seguido por las condiciones reumáticas, problemas de sueño, diabetes y la hipertensión. Estos hallazgos afectan principalmente las dimensiones de Dolor/malestar y Movilidad (45). Un estudio realizado en Australia, emplea el AQoL, un instrumento que ha demostrado ser una buena herramienta para evaluar la CVRS de adultos mayores y en este caso evidenciar la relación que existe entre baja puntuación con el mayor riesgo de reingreso hospitalario (46).

La CVRS deben ser una prioridad para las políticas de salud pública. Las personas mayores que padecen estas enfermedades tienen especial necesidad de apoyo emocional, además de aprender a gestionar la enfermedad (39,44). Dicha gestión es de gran importancia ya que en la medida que los adultos mayores valoran sus capacidades, habilidades y aceptan sus limitaciones, mejoran su capacidad para solucionar conflictos y se genera la autoaceptación (47). El acceso a información sobre promoción de la salud como parte de estrategias de cuidado influye favorablemente sobre este aspecto (16, 48). Por eso, es importante contar con programas sobre el manejo de la enfermedad como lo reporta Cramm *et al.*, ya que éstas estrategias, parecen mejorar la actividad física entre los pacientes con enfermedades crónicas a través del tiempo y esto a su vez influye directamente sobre los cambios en los comportamientos saludables (49). Igualmente, promocionar con políticas públicas un envejecimiento activo hará mayores más sanos y funcionales, con menor número de enfermedades crónicas y menos síntomas depresivos que los mayores inactivos. Cabe esperar que estas iniciativas repercutan sobre la satisfacción con la vida, la autoestima mejorando la calidad de vida (50).

## CONCLUSIONES

La revisión realizada en el presente artículo, a través de la evidencia más actualizada disponible en las bases de datos consultadas, permite dimensionar integralmente lo que representa la presencia de una o más de una enfermedad crónica en el adulto mayor.

Se encuentra que un número creciente de enfermedades crónicas tienen un fuerte efecto sobre la calidad de vida y percepción de salud del adulto mayor. Durante el desarrollo del artículo vemos como diferentes autores hacen énfasis en la importancia e influencia de los factores intrínsecos y extrínsecos que constantemente interactúan en la vida de las personas y que repercuten, por lo tanto, sobre la percepción y la calidad de vida relacionada con la salud de cada individuo.

Al analizar los resultados de los diferentes artículos consultados, se observa la complejidad e impacto de la enfermedad crónica no transmisible, la necesidad que tiene de ser estudiada, comprendida e intervenida a través de políticas públicas que requieren de ajustes y conocimiento sobre lo que hay detrás de la cronicidad, es de vital importancia ir más allá de la presencia o diagnóstico de la enfermedad crónica, hacer un abordaje integral, humanizado y enfocado en lo individual, familiar y colectivo.

Es claro que existe en torno a esta temática un crecimiento investigativo progresivo que responde a las necesidades y realidades mundiales. Sin embargo, quedan al descubierto otros campos inexplorados hasta el momento que demandan atención científica.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses para el desarrollo del estudio.

## REFERENCIAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Prevenir las enfermedades crónicas: una inversión vital. [Internet]. [Consultado 15 enero de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/Italian%20full%20report.pdf/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf/).
2. OMS: Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Nota descriptiva N°355:2014. Enfermedades no transmisibles. [Internet]. [Citado 03 mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, 2012-2025. Washington, D.C.: 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana y 64ª Sesión del Comité Regional; 2012. CSP28/9, Rev. 1 (Esp.), p. 1.
4. Hanson M, Gluckman P. Developmental origins of noncommunicable disease: population and public health implications. *Am J Clin Nutr.* 2011 [fecha de consulta 24 de marzo]; 94(suppl):1754S-8S. Disponible en: <http://www.ajcn.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=21525196>
5. CDC: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion CDC; 2011 [citado 14 de marzo de 2016]. Healthy aging helping people to live long and productive lives and enjoy a good quality of life. At a Glance [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.aarp.org/>
6. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 20 abril de 2016]. Envejecimiento y ciclo de vida, datos y cifras [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/about/ageing\\_life\\_course/es/](http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/es/)
7. Durán A, Valderrama L, Uribe A, F. González A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. *Univ. Méd.* 2010 [fecha de consulta 14 de marzo de 2016]; 51(1): 16-28. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%20E%20d%20i%20c%20V%20o%201%20N%20o.%201/Enfermedad%20C%20F%20nica.%20P%20E%201g.%2016-28.pdf>
8. Silveira M, Pasqualotti A, Colussi E. Prevalência de doenças crônicas e prática de atividade física em adultos e idosos. *RBPS.* 2012; 25(2): 209-214.

9. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*. 2011; 377(9775):1438-1447.
10. Lee M, Shiroma E, Lobelo F, Puska P, Blair S, Katzmarzyk P. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. 2012; 380(9838):219-229.
11. Castillo K, Fernández L, Gallardo Y, Fernández S, Mompíe A. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Medisan*. 2012; 16(4): 1029-3019.
12. Ramírez N, Cortés B, Galicia R. Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enf Universitaria*. 2016; 13(1):61-68.
13. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Geronto*. 2013; 13(5):340-342.
14. Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning in Life: An Important Factor for the Psychological WellBeing of Chronically Ill Patients?. *Rehabil Psychol*. 2013; 58(4):334-41
15. Oliveira M, Rodrigues J, Silveira II M, Rocha M, Vilhenal J, Oliveira II J, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Cienc. saúde coletiva*. 2013; 18(3):348-356.
16. Cerquera A, Flórez L, Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Rev Virt U Católica del Norte*. 2010;(31): 407-428.
17. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2011; 22(6):781-6.
18. Sánchez F, Herrera J, Samaniego R, García I. Autopercepción de salud, enfermedades crónicas y valoración nutricional de adultos mayores INAPAM, Zacatecas. *Rev electrónica semestral en Ciencias de la Salud*. 2014; 1(4):236-242.
19. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2011; 22(6):781-6.
20. Dueñas D, Bayarre H, Álvarez E, Rodríguez V. Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2011; 27(1): 1561-3038.
21. Moser Ch, Spagnoli J, Santos B. Self-Perception of Aging and Vulnerability to Adverse Outcomes at the Age of 65-70 Years. *The Journals of Gerontology* 2011. ; 66B(6): 675-680.
22. Alonso L, Ríos A, Caro S, Maldonado A, Campo L, Quiñonez D, Zapata Y. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* 2010; 26(2): 250-259.
23. Ronksley P, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manns B, Hemmelgarn B. Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. 2012; 6(2):48-58.
24. Agudelo S, Giraldo A, Romero V. Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Rev. salud pública* 2012; 14(6): 899-911.
25. Rosales R, García R, Quiñones E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*. 2014; 18(1):102-119.
26. Konagaya Y, Watanabe T, Ohta T, Takata K. Relationship between quality of life and chronic illnesses in community-dwelling elderly people. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2010; 47(4):308-14.
27. Fernandes L, Pinheiro L, Dantas M, Pinto M, Fernandes I, Torres G. Chronic health conditions related to quality of life for federal civil servants. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015; 36(2):447-456.
28. Gonçalves A, Skolaude P, Mesquita Rozana. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(6):2919-2925.
29. Heyworth I, Hazell M, Linehan M, Frank T. How do common chronic conditions affect health-related quality of life? *Publmed*. 2009; 59(568):353-8.
30. Hopman W, Harrison M, Coo H, Friedberg E, Buchanan M, VanDenKerkhof E. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Publmed*. 2009; 29(3):108-16.
31. Riveros A, Castro C, Lara H. Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Rev Lat Psicología*. 2009; 41(2):291-304.
32. López L, Cifuentes M, Sánchez A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. *Ciencia y Salud* 2014; 2(8): 43-48.
33. Dai H, Jia G, Liu K. Health-related quality of life and related factors among elderly people in Jinzhou, China: a cross-sectional study. *Public Health*. 2015;129(6):667-73
34. Zhou Z, Wang C, Yang H, Wang X, Zheng C, Wang J. Health-Related Quality of Life and Preferred Health-Seeking Institutions among Rural Elderly Individuals with and without Chronic Conditions: A Population-Based Study in Guangdong Province, China. 2014; 10(11):155-168.
35. Vinaccia S, Quiceno M, Remor E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología* 2012; 28(2): 366-377.
36. Borda M, Acevedo J, David D, Morros E, Cano C. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Rev Esp de Geriatria y Gerontología*. 2016; 51(3):140-145.

37. Parker L, Moran G, Roberts L, Calvert M, McCahon D. The burden of common chronic disease on health-related quality of life in an elderly community-dwelling population in the UK. *Publmed* 2014; 31(5): 557-63.
38. Solis U, Hernández I, Prada D, Hernández A, Ulloa A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. *Rev Cubana de Reumatología*. 2013; 15(3):658-667.
39. Chin YR, Lee IS, Lee HY. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nurs Res*. 2014; 8(4):267-73.
40. Bravo T, Téllez Z, Hernández S, Pedroso I, Martín J, Fernández J. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores con gonartrosis. *Rev Inv Medicoquirúrgicas*. 2015;7(1): 59-76.
41. Theeke L, Mallow J. Loneliness and Quality of Life in Chronically Ill Rural Older Adults. *Publmed*. 2013; 113(9):28-37.
42. Imayama I, Plotnikoff RC, Courneya KS, Johnson JA. Determinants of quality of life in type 2 diabetes population: the inclusion of personality. *Qual Life Res*. 2011; 20(4):551-8.
43. Muñoz D, Gomez O, Ballesteros L. Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2014; 16(2):348-354.
44. Soares A, Azevedo R, Tomasi R, Quevedo L. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(9):1774-1782.
45. Delgado M, Prieto M, Forjaz M, Ayala S, Rojo F, Fernandez G, Martínez P. Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario eq-5d: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Rev. Esp. Salud Pública* 2011; 85(6):135-144.
46. Hutchinson A, Mokuedi T, Graco M, Berlowitz D, Hawthorne G, Kwang W. Relationship between health-related quality of life, and acute care re-admissions and survival in older adults with chronic illness. 2012. *Biomed Central*. 2012; 11(136):186-194.
47. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev Med Chile*. 2011; 139(8):1006-1014.
48. Sayah F, Agborsangaya C, Lahtinen M, Cooke T, Johnson J. Mental health and the relationship between health promotion counseling and health outcomes in chronic conditions. Cross-sectional population-based study. *Publmed*. 2014; 60(2): 113-20.
49. Cramm J, Adams S, Walters B, Tsiachristas A, Bal R, Huijsman R, Rutten-Van M. . The role of disease management programs in the health behavior of chronically ill patients. *Publmed*. 2014.; 95(1): 137-42.
50. Lai C, Chan E, Chin K. Who are the healthy active seniors? A cluster analysis. *BMC Geriatrics* 2014; 14(127): 1186-1471.