

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES  
CON LINFOMA NO HODGKIN”**

**POR**

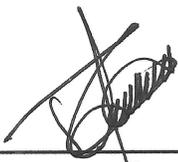
**DRA. ESTEFANIA ELIZABETH ABUNDIS MÁRQUEZ**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN GERIATRIA CLÍNICA**

**NOVIEMBRE, 2024**

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES  
CON LINFOMA NO HODGKIN”**

Aprobación de tesis:



---

**Dra. Rocío Morales Delgado**  
**Director de tesis**



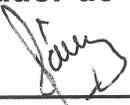
---

**Dr. Ricardo Salinas Martínez**  
**Co-investigador de tesis**



---

**Dr. Abraham Antonio Vázquez García**  
**Coordinador de enseñanza**



---

**Dr. Daniel Gerardo Gámez Treviño**  
**Coordinador de investigación**



---

**Dr. Ricardo Salinas Martínez**  
**Jefe del Servicio de Geriatría**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
**Subdirector de Estudios de Posgrado**

## DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por su amor incondicional, su apoyo constante y su sabiduría que siempre guía mis pasos. Gracias por ser mi mayor fuente de inspiración y por enseñarme a nunca rendirme y por hacerme sentir capaz de alcanzar cualquier meta.

A mi hermano, por motivarme y apoyarme en todo momento y por ser mi aliado en cada paso de esta travesía.

A mis maestros y maestras por compartir sus conocimientos y sabiduría, por sus consejos y su compromiso. Esta tesis es el reflejo de su esfuerzo y su influencia en mi formación, y es un tributo a todo lo que me han enseñado.

A mis amigos y amigas, por su amistad genuina, por su comprensión y por estar siempre a mi lado en los momentos más difíciles. Gracias por ser mi ejemplo a seguir, por motivarme a ser mejor y por brindarme su apoyo incondicional, sin ustedes, este camino no habría sido el mismo.

A mi novio por ser mi apoyo incondicional, su presencia ha sido mi fuente de fuerza, y su apoyo, el impulso que me ha permitido llegar hasta aquí.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I</b>	
Resumen.....	9
<b>CAPÍTULO II</b>	
Introducción.....	11
<b>CAPÍTULO III</b>	
Antecedentes.....	17
<b>CAPÍTULO IV</b>	
Justificación.....	33
<b>CAPÍTULO V</b>	
Hipótesis.....	34
<b>CAPÍTULO VI</b>	
Objetivos.....	34
<b>CAPÍTULO VII</b>	
Materiales y Métodos.....	35
<b>CAPÍTULO VIII</b>	
Resultados.....	40
<b>CAPÍTULO IX</b>	
Discusión .....	51

<b>CAPÍTULO X</b>	
<b>Conclusión .....</b>	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO XI</b>	
<b>Bibliografía .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO XII</b>	
<b>Anexos.....</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO XIII</b>	
<b>Resumen autobiográfico.....</b>	<b>68</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1.Tabla 1. Ítems incluidos en los dominios de WHOQOL-OLD.....	22
2. Tabla 2. Puntaje de los dominios de WHOQOL-OLD.....	25
3. Tabla 3. Características basales y sociodemográficas.....	42
4. Tabla 4. Características de la enfermedad y comorbilidades.....	45
5. Tabla 5. Puntajes en escala de WHOQOL-OLD previo al tratamiento.....	47
6. Tabla 6. Puntajes en escala de WHOQOL-OLD al final del tratamiento.....	49
7. Tabla 7. Comparación pre y post-tratamiento de puntaje global y por dominio .....	50

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Gráfico 1. Puntajes iniciales WHOQOL-OLD.....	48
2. Gráfico 2. Puntajes finales WHOQOL-OLD.....	49
3. Gráfico 3. Puntajes WHOQOL-OLD.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CV:** Calidad de vida

**CVRS:** Calidad de vida relacionada con la salud

**DLBCL:** Linfoma No Hodgkin difuso de células B grandes

**IPI:** Índice pronóstico internacional

**KPS:** Estado funcional de Karnofsky

**LDH:** Lactato deshidrogenasa

**LNH:** Linfoma No Hodgkin

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PET-TC:** Tomografía por emisión de positrones

**QOL-CS:** Calidad de vida en sobrevivientes de cáncer (Quality of life patient – Cancer Survivors)

**SF-12:** Cuestionario de salud de 12 elementos

**SF-36:** Cuestionario de salud de 36 elementos

**TC:** Tomografía computarizada

**WHOQOL-100:** Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (versión completa)

**WHOQOL-BREF:** Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (versión breve)

**WHOQOL-OLD:** Cuestionario de calidad de vida de la OMS para personas mayores

## **Capítulo I**

### **RESUMEN**

#### **Introducción**

El linfoma no Hodgkin (LNH) es la neoplasia maligna más común a nivel mundial, representando el 4.3% de las nuevas neoplasias y el 3.3% de las muertes por cáncer. Su prevalencia es mayor en adultos mayores de 65 años y en el sexo masculino. Gracias a los avances en diagnóstico y tratamientos oncológicos, la supervivencia de los pacientes con LNH ha aumentado significativamente. La calidad de vida (CV) un concepto complejo, se evalúa en la población de adultos mayores a través del cuestionario WHOQOL-OLD, diseñado específicamente para este grupo. Dado el aumento de pacientes mayores de 60 años con LNH y la mejora en su supervivencia, es fundamental realizar una evaluación de la calidad de vida antes y después del tratamiento, con el objetivo de implementar protocolos que optimicen su bienestar y salud integral.

#### **Objetivos**

El objetivo principal fue evaluar la CV basal y posterior al tratamiento de pacientes con diagnóstico de LNH mayores de 60 años en un hospital de tercer nivel de atención.

#### **Materiales y Métodos**

Estudio observacional, prospectivo, longitudinal y analítico, en el cual se incluyeron adultos mayores de 60 años con LNH hospitalizados en Medicina Interna o que acudieron a la consulta de hematología del Hospital Universitario “José Eleuterio González” durante el periodo mayo 2022 a octubre del 2024. Se

evaluaron las características sociodemográficas, características de la enfermedad, así como la CV mediante WHOQOL-OLD agrupados en: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad

### **Resultados**

Se reclutaron 22 pacientes con LNH para evaluar su CV antes y después del tratamiento. La mayoría de los participantes eran hombres (59%) con una mediana de edad de 73 años (64-79), en cuanto a los linfomas, el 55% presentó linfoma difuso. La mediana del puntaje de CV al inicio del estudio fue 102 (92-109.5), con un porcentaje global de CV del 85%. Los dominios con mayor y menor puntaje fueron "actividades pasadas, presentes y futuras" (98%) y "habilidades" (70%), respectivamente. Al final del seguimiento, 6 pacientes fueron evaluables, con una mejora significativa en los puntajes globales de CV ( $p = 0.04$ ) y en varios dominios, incluyendo "habilidades sensoriales" ( $p = 0.03$ ), "autonomía" ( $p = 0.009$ ), "actividades pasadas, presentes y futuras" ( $p = 0.0002$ ) y "participación social" ( $p = 0.0009$ ). El puntaje global final fue de 111 (107-114), correspondiente a un 92.5% de CV, lo que refleja una mejora en comparación con la evaluación inicial.

### **Conclusiones**

Este estudio evidenció una mejora en la CV de los adultos mayores con LNH a lo largo del seguimiento, lo que sugiere un impacto positivo del tratamiento. Es necesario mejorar el acceso a la atención médica, fomentar la colaboración multidisciplinaria y asegurar un seguimiento continuo, integral y personalizado para estos pacientes.

## Capítulo II

### INTRODUCCIÓN

El linfoma no Hodgkin (LNH) es la neoplasia maligna más frecuente a nivel mundial, con alta incidencia y prevalencia. Corresponde al 4.3% del total de nuevas neoplasias y al 3.3% del total de defunciones por cáncer. Aunque esta patología se observa en pacientes de todas las edades, razas y estrato socioeconómico, existe mayor prevalencia en adultos mayores de 65 años de edad y en el sexo masculino. Se encuentra en la posición número 11 dentro de las neoplasias más frecuentes en todo el mundo, con una incidencia 544 352 casos, una mortalidad de 250 793 casos reportado por la agencia Internacional para Investigación en Cáncer (IARC) en su proyecto GLOBOCAN 2020. Se encuentra en la posición número 10 dentro de las neoplasias más frecuentes a nivel nacional; se estiman 3.9 casos por cada 100,000 habitantes, se reportan 6 840 casos nuevos para Marzo del 2021, una mortalidad de 3071 casos y una prevalencia mayor en el sexo masculino (1).

En la actualidad, no existe un registro epidemiológico en México, por lo cual la información sobre la epidemiología nacional de LNH se obtienen de estudios multicéntricos. En un estudio publicado en 2021, en el cual se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y de tipo multicéntrico, en 14 hospitales de 14 estados del país, en un periodo de enero del 2008 a diciembre del 2016, de pacientes con diagnóstico de LNH, con el objetivo de conocer las variedades histológicas más frecuentes en México, sus características clínicas, tratamientos utilizados, la supervivencia libre y la supervivencia global de la

enfermedad. Se reclutaron un total de 609 pacientes, de estos, 545 con diagnóstico de LNH células B y 64 de células T. Las medianas de edad fueron 61 y 50 años respectivamente. El linfoma de células B fue más común en sexo masculino en un 52.1% y el linfoma de células T fue más común en el sexo femenino. Los 2 subtipos más frecuente en el linfoma de células B fueron: linfoma difuso de células B grandes ( 63.9%) y el linfoma folicular (18%). El subtipo más frecuente en linfoma de células T fue el de células natural killer (NK) en un 50%. La supervivencia global a los 9 años fue de un 84.6% para los linfomas de células B y de 73.4% para los linfomas de células T(2).

La frecuencia de subtipos específicos de LNF varía de forma geográfica. Los linfomas de células B son los subtipos más frecuentes ; los linfomas de células B de bajo grado tienen mayor incidencia en regiones con alto estrato socioeconómico a comparación estratos bajos y medios ; los linfomas de células B de alto grado y los linfomas de células asesinas naturales (NK) y de células T tienen mayor incidencia en regiones con bajo y medio estrato socioeconómico a comparación de estratos altos. Los factores de riesgo en el desarrollo de LNH incluyen las patologías autoinmunes (artritis reumatoide, síndrome de Sjogren, lupus eritematoso sistémico), medicamentos, infecciones ( virus de hepatitis C, virus de Epstein-Barr, virus de la inmunodeficiencia humana ) la genética, raza, antecedentes heredofamiliares , exposición laboral, el estilo de vida (obesidad). Uno de los principales factores de riesgo para desarrollar LNH es la edad; conociendo que la expectativa de vida a nivel mundial ha aumentado, dando lugar a una población envejecida. De acuerdo con el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) , para el 2050, la cantidad de habitantes de 60 años y mayores ocuparán el 12.3% de la población total global. Alcanzando alrededor

de 2.2 billones de personas. Por lo que se espera un incremento en la incidencia de cáncer, no solo del LNH (3,4,5).

El LNH surge de linfocitos que se encuentran en diversas etapas de desarrollo y las características propias de sus subtipos, reflejan la célula de origen. El 90% se origina de células B, el resto se origina de células T o células NK. La clasificación de linfoma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el estándar de oro a nivel mundial (6)

La presentación clínica inicial y su evolución, depende del subtipo y de los sitios de afectación. Debido a que el tejido linfático se encuentra en la mayoría de las partes del cuerpo, puede iniciar en los ganglios linfáticos, el hígado, el bazo o la médula ósea y puede presentar metástasis o diseminación. La linfadenopatía indolora representa el síntoma más frecuente, y puede o no acompañarse de síntomas como fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso, fatiga, entre otros. El LNH representa un espectro muy amplio de patologías que varían desde neoplasias malignas de tipo indolente hasta las más agresivas. La presentación de tipo indolente, se caracteriza por un curso lentamente progresivo, de inicio localizado, con remisiones espontáneas y existen presentaciones de tipo agresivo con un curso rápidamente progresivo, ampliamente diseminado, con afección extraganglionar (7).

Desde la presentación inicial y durante el curso de la enfermedad, es posible presentar emergencias y complicaciones oncológicas, las cuales poseen alta mortalidad, es por eso que se debe hacer un esfuerzo en su reconocimiento oportuno. Algunas de estas complicaciones son: compresión medular, meningitis linfomatosa, obstrucción de vías respiratorias, taponamiento cardíaco, síndrome de vena cava superior, obstrucción gastrointestinal, hidronefrosis, falla renal,

síndrome de lisis tumoral, hiperleucocitosis, síndrome de hiperviscosidad, trombosis venosa profunda, anemia hemolítica autoinmune, púrpura trombocitopénica autoinmune, angioedema. El LNH se asocia a una variedad de síndromes paraneoplásicos como por ejemplo: síndrome de sweet, poliarteritis, fascitis eosinofílica, nefropatía membranosa etcetera (8).

El diagnóstico es crítico para el tratamiento y pronóstico ; es necesario el uso de estudios e imagen para identificar sitios de afectación de ganglionar u orgánica y así ayudar en la selección de sitio de biopsia. La biopsia idealmente deberá ser de tipo excisional de un ganglio linfático afectado o de un tumor en otro órgano; en casos seleccionados, se realiza biopsia por aguja gruesa ; la biopsia por aguja fina es inadecuada. Posteriormente el material de la biopsia debe evaluarse de forma integral mediante estudios histológicos, inmunofenotípicos, citogenéticos y moleculares para confirmar y establecer el subtipo de linfoma (9).

Posterior a realizar el diagnóstico definitivo mediante la biopsia, se debe llevar a cabo la estadificación de la enfermedad. Para una valoración integral se debe realizar una evaluación clínica detallada, mediante historia clínica, exploración física ,valoración de estudios de laboratorio incluyendo la función de médula ósea y otros órganos, la medición sérica de lactato deshidrogenasa (LDH) y estudios de imagen ; la tomografía computarizada ( TC ) y la tomografía por emisión de positrones (PET-TC) son los estudios de mayor utilidad para estadificar la enfermedad (10).

De forma inicial se creó el sistema de estadificación de Ann Arbor, sin embargo, actualmente presenta deficiencias. Posteriormente, el sistema de clasificación de Lugano surgió para incorporar los estudios de imagen al sistema Ann Arbor. Como se mencionó previamente, la clasificación de linfoma de la OMS,

representa el estándar de oro en todo el mundo. Esta clasificación subdivide los tumores según la célula de origen (11).

Los sistemas de clasificación no nos proporciona información del pronóstico de los pacientes con LNH, sin embargo la predicción del pronóstico es importante para hacer recomendaciones sobre el tratamiento y se puede realizar mediante el Índice Pronóstico Internacional ( IPI) el cuál es predictivo para todos los subtipos de LNH , además , es útil en estimar el pronóstico en caso de recaída y en predecir la supervivencia tras el tratamiento. Se basa en cinco factores adversos : edad > 60 años, estado funcional del paciente medido por la escala ECOG >1, extensión del linfoma según el sistema Ann Arbor (estadíos III o IV), niveles elevados de LDH sérico por encima del límite superior normal y el número de localizaciones extraganglionares >1. A los pacientes que obtienen una puntuación IPI muy alta les va peor que a los pacientes con menos factores adversos (12).

En la actualidad una evaluación del estado de salud en general comorbilidades, factores de riesgo, estado de salud actual) así como la estadificación precisa son clave, para el manejo de pacientes con LNH de reciente diagnóstico. Es necesario realizar la evaluación del estado funcional de todos los pacientes, antes , durante y después del tratamiento. El estado funcional es la medida de la capacidad funcional, que puede predecir la supervivencia en pacientes con cáncer y se utiliza como criterio de ingreso y factor de ajuste para ensayos clínicos de terapias contra el cáncer. Se han desarrollado varias métricas para cuantificar el estado de desempeño; entre ellos, el estado funcional de Karnofsky (KPS) y el estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) los cuales son los más utilizados (13).

La supervivencia de pacientes con LNH ha incrementado gracias al diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la mejora en los tratamientos oncológicos. El tratamiento depende de cada subtipo de LNH y consiste en quimioterapia y / o radioterapia. Con frecuencia la quimioterapia, va seguida de radioterapia , pero la quimioterapia puede curar en la mayoría de las ocasiones, posterior a un número reducido de ciclos. A pesar de la efectividad del tratamiento, se pueden presentar variedad de efectos adversos, que pueden dejar secuelas e impactar a nivel físico y psicológico, afectando así la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento la mayoría de las ocasiones puede curar al paciente e incluso pueden sobrevivir durante mucho tiempo, lo cual es importante en cuestión de los problemas de supervivencia que se pueden presentar. El llevar a cabo una detección y prevención de enfermedades, así como de los problemas más frecuentes a los cuales se enfrentará el sobreviviente ( depresión, fatiga, infertilidad, pérdida laboral, disfunción sexual) es sumamente importante, y se deben seguir desarrollando pautas de cuidado, las cuales recaen en los médicos de atención primaria y los especialistas (14,15,16).

## Capítulo III

### ANTECEDENTES

#### Definición de conceptos

##### 1. *Salud*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad”. Además, también propone la calidad de vida como la percepción individual de su posición en la vida tomando en cuenta el contexto en el viven en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (17).

El concepto de salud fue definido como el nivel actual de la funcionalidad del individuo, el cual puede transicionar a otros niveles más o menos favorables(18).

##### 2. *Envejecimiento*

Desde el punto de vista biológico la OMS define el envejecimiento como “el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte” (19).

En el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud de la OMS, el envejecimiento saludable fue definido como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (20).

En 2017, había 962 millones de adultos mayores de 60 años de edad , representando un 13 % de la población mundial ; se espera que este porcentaje continúe incrementando de forma rápida en los siguientes decenios. Se espera que para el 2050 , una de cada cinco personas tenga más de 60 años.

Esta tendencia es consecuencia de una reducción de las tasas de fecundidad , así como al aumento acelerado de la esperanza de vida, a menudo de la mano del gran desarrollo socioeconómico. Mantener la salud de los adultos mayores, representa una inversión de capital humano y social, así como promueve los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. La atención de esta población representa un reto para el sistema salud, por lo cual se necesita un cambio en las estrategias de salud pública orientadas al envejecimiento (21).

### **3. *Calidad de vida (CV)***

La calidad de vida es un concepto difícil de definir, tiene un significado sumamente importante para la mayoría de las personas. Este concepto ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo; siendo cada vez más importante en la atención del paciente. El origen de este es antiguo, y en cierto punto, controversial. Está conformado por una serie de aspectos que se definen como objetivos, subjetivos y sociales. Se define en simples palabras como el “estar bien” según los indicadores poblacionales (economía y sociedad) y los subjetivos (satisfacción personal y con la familia, relaciones interpersonales y salud) (22,23,24).

Sin embargo, las diferentes definiciones no eran capaces de llenar el abismo entre la salud del paciente y la atención proporcionada por el personal de la salud, de ahí el nuevo concepto calidad de vida en la salud, en la que se incluyen más

indicadores que sirven para 1) medir signos y síntomas, así como la funcionalidad física; 2) indicadores sociales, que cuentan la satisfacción del paciente y 3) servicios de salud y la percepción del paciente sobre ellos (25).

La OMS define la calidad de vida como “la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (26).

#### **4. *Calidad de vida relacionada con la salud ( CVRS)***

El concepto de CVRS es multidimensional, existen cuatro definiciones de calidad de vida en la literatura actual.

4.1 La CVRS se refiere a “ nivel de funcionalidad y bienestar que tiene la persona en su vida, dentro de los dominios de salud física, mental y social” (27).

4.2 La CVRS para Torrance GW “incorpora sólo aquellos factores que forman parte de la salud de un individuo”, por lo tanto aquellos aspectos no relacionados con la salud, como el estado socioeconómico o la política no son incluidos en este concepto (28).

4.3 CVRS se define como "la medida en que el bienestar físico, emocional y social habitual o esperado de una persona se ve afectado por una afección médica o su tratamiento" (29).

4.4 La cuarta definición de CVRS se centra en el valor de salud y se refiere a “ los valores asignados a diferentes estados de salud” (30).

## **5. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

La CVRS ha sido una preocupación fundamental desde 1949, por lo cual existen diversas evaluaciones, las cuales tienen como objetivo la mejoría del tratamiento. Existe una amplia gama de cuestionarios validados y confiables, para la evaluación de la CVRS.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de estudios de todo el mundo que analizaron encuestas de calidad de vida en población de adultos, en el periodo de 2008 a 2018. La búsqueda reportó 889 artículos, 217 estaban duplicados por lo cual se excluyeron. Después de la lectura de 672 artículos, se excluyeron 566. De los 86 restantes, se demostró que solo 63 cumplieron con criterios de elegibilidad. La evaluación de la OMS ( WHOQOL), el cuestionario de salud de 36 elementos ( SF-36), el cuestionario de salud de 12 elementos (SF-12) se encontraron entre los instrumentos más utilizados. Con respecto a la administración de los instrumentos los hallazgos mostraron que los cuestionarios deben ser aplicados por profesionales de la salud o por terceros debidamente capacitados. El método más utilizado de aplicación fue la entrevista, ya que esto aumentó las tasas de respuesta y redujó los errores de interpretación de las preguntas (31).

## **5.1 Instrumentos de evaluación de la CVRS de la OMS.**

La OMS elaboró 2 instrumentos de medición de la calidad de vida ( WHOQOL-100 (Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud- versión completa ) y el WHOQOL-BREF (Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud - versión breve) los cuales pueden ser aplicados a una amplia variedad de lugares y permiten comparar los resultados en diferentes poblaciones y países, y cuentan con validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad correctas.

Posteriormente se llevó a cabo el proyecto WHOQOL-OLD (Cuestionario de calidad de vida de la OMS para personas mayores) con el objetivo de desarrollar y probar una evaluación de calidad de vida adaptada a la población de adultos mayores, dicho proyecto tiene sus inicios en 1999 con una colaboración multicéntrica y con una finalidad de utilidad internacional y transcultural. El proyecto fue financiado por el Quinto Marco de la Comisión Europea, y se realizó bajo los auspicios del Grupo de Calidad de Vida de la OMS (Grupo WHOQOL). Actualmente el cuestionario ha sido validado en diferentes países de Europa ( Portugal, Alemania, Francia ) Asia (Turquía) Irán, China, África y América Latina ( Brasil, Chile, México y Perú) (32).

## **5.2 Descripción del instrumento**

### **Estructura de la escala.**

Consta de 24 ítems de tipo Likert , organizados en 6 dominios o facetas: habilidades sensoriales, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, Participación social, Muerte y morir , Intimidad. Cada faceta consta de 4 ítems cada una , por lo que para todos los dominios la puntuación de los valores

posibles puede oscilar entre 4 a 20. Las preguntas se le pide al paciente que las responda según las últimas 2 semanas, calificando del 1 al 5, siendo 1 nada, 2 un poco, 3 regular, 4 mucho y 5 demasiado (33).

Dominios	Ítems incluidos en los dominios de WHOQOL-OLD		
	Ítems	Ítems por dominio	Rango posible de puntuación (Mínimo , Máximo)
1.Habilidades sensoriales	4	1 + 2 + 10 + 20	16 (4, 20)
2.Autonomía	4	3 + 4 + 5 + 11	16 (4, 20)
3.Actividades pasadas,presentes y futuras.	4	12 + 13 + 15 + 19	16 (4, 20)
4.Participación social	4	14 + 16 + 17 + 18	16 (4, 20)
5.Muerte y morir	4	6 + 7 + 8 + 9	26 (4, 20)
6.Intimidación	4	21 + 22 + 23 + 24	26 (4, 20)

\*Tabla 5 Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science & medicine, 46(12), 1569-1585.\*

Los 24 ítems son: (24)

1. ¿En qué medida la disminución de algún sentido (por ejemplo; escuchar, ver, saborear, oler, tocar) podría afectar su vida diaria?
2. ¿En qué medida la pérdida de algún sentido como el oído, la vista, el gusto, el olfato, o el tacto, podría afectar su participación en algunas actividades?
3. ¿Qué tanta libertad tiene de elegir sus propias decisiones?
4. ¿Hasta qué punto siente control de su futuro?
5. ¿Qué tanto considera que la gente alrededor de usted respeta su libertad?
6. ¿Qué tan preocupado está por la forma en la que muera?
7. ¿Cuánto miedo siente de no poder controlar su muerte?
8. ¿Qué tanto miedo tiene de morir?

9. ¿Cuánto teme sentir dolor antes de morir?
10. ¿En qué medida los problemas con sus sentidos (escuchar, ver, saborear, oler, tocar) afecta su relación con los demás?
11. ¿Hasta qué punto es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?
12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con las oportunidades para seguir triunfando en la vida?
13. ¿Cuánto reconocimiento siente usted que ha recibido en la vida?
14. ¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente de cada día?
15. ¿Qué tan satisfecho está usted con lo que ha logrado en la vida?
16. ¿Qué tan satisfecho está usted con la manera en que usa su tiempo?
17. ¿Qué tan satisfecho está con su nivel de energía?
18. ¿Qué tan satisfecho está usted con las oportunidades de participar en actividades de su comunidad?
19. ¿Qué tan feliz lo hace esperar cosas?
20. ¿Cómo calificaría sus sentidos (escuchar, ver, saborear, oler, tocar)?
21. ¿Hasta qué punto siente la necesidad de compañía en su vida?
22. ¿Hasta qué punto experimenta amor en su vida?
23. ¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?

24. ¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?

### 5.3 Puntuación de la escala

Se puede obtener un puntaje total, mediante las puntuaciones de estas 6 facetas de forma individual mediante cada uno de los 24 ítems. La puntuación correcta implica los siguientes pasos:

- a. Las puntuaciones altas representan una alta calidad de vida, las puntuaciones bajas representan una baja calidad de vida.
- b. Para los ítems redactados positivamente, se aplica la clasificación previa ( los valores más altos representan una calidad de vida más alta), para los ítems redactados negativamente se debe recodificar la puntuación.
- c. Recodificación de ítems redactados negativamente :cada ítem identificado con un asterisco ( \*) tiene que ser recodificado para que los valores numéricos asignados se invierten( 1 = 5 puntos, 2 = 4 puntos, 3= 3 puntos, 4 = 2 puntos, 5 = 1 punto). Al recodificar , las puntuaciones altas en los ítems redactados positivamente, reflejan una mayor calidad de vida. Los valores unidireccionales, se pueden sumar, para obtener las puntuaciones medias.
- d. El uso de la lista de puntuación es para identificar qué ítems pertenecen a cada faceta o dominio ( tabla 2).
- e. La suma de los elementos, brinda un puntaje total, entre un rango mínimo ( el valor más bajo posible : número de elementos (n) x 1 ) y un rango máximo ( el valor más alto posible; número de elementos (n) x 5). Cada una

de las facetas consta de 4 ítems, por lo que el valor general más bajo y más alto es igual en cada uno de los módulos ( rango de 4 a 20).

f. Es posible comparar puntajes entre cada módulo. Debido a que cada faceta consta de 4 elementos , con el mismo formato de escala y puntuación no es necesario transformar las puntuaciones.

g. Si el puntaje global se divide de acuerdo a cada ítem de cada una de las 6 facetas. El puntaje de la faceta puede tener cualquier valor decimal entre 1-5. El valor de 1 representa la calidad más baja posible, el valor de 5 representa la calidad más alta posible.

h. La transferencia del puntaje global a una escala transformada entre el 0 al 100, hace posible expresar el puntaje de escala en porcentaje entre el valor más bajo ( 0 ) y el más alto (100).

i. La puntuación total del WHOQOL-OLD implica la suma de las puntuaciones de las 6 facetas, de una persona que usa los 24 ítem.

<b>Tabla 2</b>		<b>Puntaje de los dominios de WHOQOL-OLD</b>	
<b>Dominios</b>	<b>Ítems</b>		
1.Habilidades sensoriales	4	old_01* old_02* old_10* old_20	
2.Autonomía	4	old_03 old_04 old_05 old_11	
3.Actividades pasadas,presentes y futuras.	4	old_12 old_13 old_15 old_19	
4.Participación social	4	old_14 old_16 old_17 old_18	
5.Muerte y morir	4	old_06* old_07* old_08* old_09*	
6. Intimidad	4	old_21 old_22 old_23 old_24	
<b>Puntaje total</b>	<b>24</b>	old_01* old_02* old_03 old_04 old_05 old_06* old_07* old_08* old_09* old_10* old_11 old_12 old_13 old_14 old_15 old_16 old_17 old_18 old_19 old_20 old_21 old_22 old_23 old_24	

\*Tabla 7 Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science & medicine, 46(12), 1569-1585.\*

#### **5.4 Interpretación de resultados.**

Los puntajes obtenidos ya se de forma individual de cada uno de los 6 dominios en los que se divide el cuestionario WHOQOL-HOL , así como la suma total de sus puntos , representan una evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores desde el punto de vista del encuestado.Las puntuaciones se transforman a un rango de 0 a 100.

#### **5.5 Validación del cuestionario WHOQOL-OLD al idioma español**

En un estudio publicado en 2013, realizado en la ciudad de México, se valoró la calidad de vida de 285 adultos mayores mexicanos, entre 60-98 años de edad , utilizando el cuestionario WHOQOL-OLD de 24 items, repartido en 6 dominios así como una valoración de datos sociodemográficos. De los participantes, sólo 182 completaron el cuestionario de CV. A los participantes se les interrogó sobre su autopercepción de salud mediante una pregunta: ¿ usted se considera una persona sana o poco sana? ;de acuerdo a su respuesta, se clasificaron en 2 grupos. La aplicación del cuestionario, se realizó en 2 modalidades ( autoaplicado y aplicado por el entrevistador previamente capacitado) la elección de la modalidad se realizó de acuerdo al estado de salud del participante. Esta versión mostró correlaciones aceptables, lo cual indica que tiene validez y puede ayudar a considerar las necesidades, percepciones e intereses de los adultos mayores (34).

En un estudio publicado en 2013, realizado en población mexicana del Estado de Sonora se llevó a cabo la evaluación de las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del cuestionario WHOQOL-OLD en adultos mayores en su versión en español; se encuestó a un total de 794 adultos mayores de igual o

mayor a 60 años de edad, sin aplicar criterios de exclusión. Se realizó una encuesta de datos demográficos así como la escala tipo Likert de 24 ítems, que puntúan en un rango 1-5, dividida en 6 facetas, con 4 ítems cada una. Los resultados mostraron propiedades psicométricas satisfactorias ; la consistencia interna del instrumento en español (tanto en su totalidad , como en cada una de las 6 dimensiones específicas) fueron aceptables y similares a la literatura de otros países ; la validez divergente y convergente se evidenció con altas correlaciones significativas, indicando que este cuestionario es una medida sensible al estado de ánimo del adulto mayor y es útil en contextos clínicos de intervención. Las dimensiones identificadas de este cuestionario, a través del análisis factorial coinciden con las reportadas por la literatura, identificando el mismo número ( 6 dimensiones) con 4 ítems cada una ( 24 ítems en total) (35).

En un estudio realizado por Julio César Hernández et al, publicado en 2015, se realizó la validación del instrumento WHOQOL-OLD, en pacientes adultos mayores, mexicanos. Se utilizó el instrumento WHOQOL-OLD traducido y adaptado por los investigadores del estudio en apoyo a traductores expertos. El instrumento aplicado estaba conformado por 2 apartados, el primero abordó datos sociodemográficos el segundo apartado cuestiona los 24 ítems del instrumento original , dividido en 6 dimensiones, en una escala tipo Likert de 5 niveles de respuesta. El procedimiento realizado en primera instancia fue la traducción de la versión original al idioma español, con la colaboración de 2 traductores expertos, posteriormente, al contar con 2 versiones , estas fueron confrontadas y posteriormente asesoradas por un tercer traductor, obteniendo la escala para un protocolo piloto de 21 sujetos de 60-80 años de edad. Se llevó a cabo el pilotaje, se realizaron correcciones de los ítems 4 y 19 y posteriormente se avanzó a la aplicación final , con un total de 120 participantes de 60-80 años

de edad. El objetivo fue evaluar las propiedades del instrumento WHOQOL-OLD, obteniendo propiedades psicométricas de validez y confiabilidad satisfactorias. Se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.892 para 20 reactivos, obteniendo buena consistencia interna, deduciendo que es apto para población de adultos mayores mexicanos. La confiabilidad fue similar a otros estudios de diferentes países, sin embargo para estos autores el índice de confiabilidad fue para los 24 ítems (36).

En un estudio realizado por Paola Ochoa et al, publicado en el 2021, se llevó a cabo un estudio transversal, de 450 adultos mayores, 238 Mexicanos y 221 Ecuatorianos, entre febrero y junio de 2017 en Sinaloa (México) y Cuenca y Guayaquil (Ecuador) donde se utilizó el cuestionario WHOQOL-OLD de 24 ítems, repartido en 6 dominios y un conjunto de variables demográficas con la finalidad de analizar la percepción de calidad de vida y su asociación con diversas variables socioeconómicas. Se reportó un puntaje más alto (una mayor calidad de vida) en las dimensiones : autonomía ; muerte y morir : e intimidad en adultos mayores Mexicanos. Se reportó una mayor calidad de vida en las dimensiones: habilidades sensoriales y participación social en adultos mayores Ecuatorianos. En los pacientes mexicanos, se encontró diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones, al ser comparadas con los siguientes datos demográficos: edad, frecuencia de exámenes médicos y frecuencia de práctica deportiva. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en las dimensiones al ser comparadas con el género masculino o femenino, sin embargo, las mujeres obtuvieron mayor puntaje en las dimensiones : funciones sensomotor ; muerte y morir. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de autonomía y muerte al ser comparadas con la edad. Adultos entre 60-79 años de edad reportaron mayor grado de autonomía y una mayor

preocupación por la muerte que el resto de adultos mayores. Adultos mayores que realizaban deporte reportaron mayor autonomía, mayor satisfacción de los logros alcanzados en su vida , mayor interacción social, y mayor intimidad al ser comparados con aquellos adultos mayores que no realizan deporte. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de la intimidad. El estudio logra un acercamiento binacional a la realidad de los adultos mayores en América Latina y constata que existen diferencias en cada muestra que se deben a las particularidades de cada realidad (37).

### **6. Calidad de vida en pacientes con Linfoma No Hodgkin**

En un estudio publicado en 2021, se valoró la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos mayores de 65 años. Se llevó a cabo en un grupo de pacientes sanos. De forma inicial se reclutaron un total de 6348 pacientes mayores de 18 años, en un periodo de marzo 2019 a junio 2021. En la segunda etapa, se seleccionaron solo los pacientes que contestaron correctamente el cuestionario obteniendo un total de 5717 pacientes. En la tercera etapa del estudio se selecciono el grupo de pacientes mayores de 65 años obteniendo los siguientes subgrupos: grupo 1(66-70 años) = 377; grupo 2 ( 71-75 años) = 301; grupo 3 ( 76-80 años ) = 196 ; grupo 4 ( >80 años ) = 164. Se excluyeron pacientes que estuvieran en tratamiento médico, diagnosticados con enfermedades crónico-degenerativas) reclutando un total de 1038 adultos mayores sanos. Estos pacientes completaron el cuestionario de calidad de vida SF-36. Se encontraron los siguientes resultados: 635 (61.2%) fueron mujeres; el promedio de edad fue  $73.7 \pm 5.9$ . La edad (factor no modificable) fue un factor importante de reducción de calidad de vida. Se observó una peor calidad de vida en las mujeres. La mayoría de los cambios en la calidad de vida son evidentes en la transición de

los 70 a los 80 años. Este estudio propone comparar en estudios futuros la calidad de vida en pacientes sanos vs pacientes con enfermedad (38).

En un artículo publicado en 2020, se realizó un estudio transversal, en el cual se incluyeron pacientes mayores de 60 años de forma consecutiva con diagnóstico de LNH de 3 hospitales públicos de Indonesia. Se reclutaron pacientes en un periodo de Marzo-Agosto del 2019, con un total de 62 pacientes reclutados. Pacientes con enfermedad aguda, deterioro cognitivo o que tuvieron dificultades en la comunicación fueron excluidos. Se realizó la determinación de datos sociodemográficos, una valoración de la calidad de vida, mediante 2 cuestionarios distintitos ( SF-36 y el cuestionario QLQ-30 de la EORTC) y una valoración geriátrica integral. Se obtuvieron los siguientes resultados, 35 pacientes eran hombres (56.2%); la media de edad fue de 65 años. El 72.9 % se diagnóstico con LNH difuso de células B grandes (DLBCL). Este estudio mostró que los pacientes con peor índice de fragilidad, peor estado funcional, así como un mayor índice de depresión, tenían una calidad de vida más baja (39).

En un artículo publicado en 2018, se llevó a cabo un estudio para evaluar la calidad de vida en sobrevivientes de LNH, en el periodo de Junio del 2014 a Febrero del 2015 en Corea. En donde fueron reclutados un total de 883 pacientes con diagnóstico de LNH de forma inicial, sin embargo, solamente 583 cumplieron con criterios de inclusión; ya no fue posible contactar a 74 de ellos, y 30 se negaron a participar. Posteriormente de 479 pacientes, 109 no respondieron el cuestionario por lo cual se realizó el análisis con un total de 370 pacientes. La valoración e la calidad de vida se realizó mediante la versión validada del cuestionario QLQ-30 de la EORTC y el cuestionario QOL-CS ( Calidad de vida en sobrevivientes de cáncer- Quality of life patient – Cancer Survivors). Se

obtuvieron los siguientes resultados : la media de edad fue de 51 años de edad ; el 44.5% fueron mujeres ; 186 pacientes fueron diagnosticados con DLBCL. Pacientes en etapa III y IV de LNH agresivo, presentaba un peor estado de salud y peor estado funcional al ser comparado con pacientes en etapa I y II de LNH agresivo e indolente. La encuesta de seguimiento no encontró diferencias significativas en la valoración de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes, independientemente de la agresividad o la etapa de diagnóstico. Se comparó la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a LNH demostrando peor calidad de vida que la población general. En este estudio se demostró que la funcionalidad y los síntomas al momento del diagnóstico si presentaban cambios la valoración a largo plazo tanto en LNH agresivo e indolente (sentimientos como miedo, falta de un propósito en la vida, etcétera). Los resultados sugieren que pacientes con pobre calidad de vida al diagnóstico, deberían tener un seguimiento más estricto, por lo cual la valoración de la calidad de vida al diagnóstico puede ser de utilidad pronóstico / predictor en LNH (40).

En un artículo publicado en 2013, se valoró la calidad de vida a largo plazo en sobrevivientes de LNH. Se trata de un estudio transversal , realizado en el 2005, donde se invitaron 886 participantes con diagnóstico reciente de LNH mayores de 18 años de edad, con la finalidad de darles seguimiento 7 años después ( mayores de 23 años). Se utilizó cuestionario SF-36 para valorar la calidad de vida , y se recabaron datos sociodemográficos. Se obtuvieron los siguientes resultados: un total de 566 pacientes fueron reclutados de forma inicial ; la media de edad fue de 62.4 años. En cuanto a la calidad de vida, se obtuvo una media de 47.2 en el cuestionario SF-36 PCS (physical component score) y de 50.4 en el SF-36 MCS ( mental component score). Se valoraron los cambios en la calidad de vida basal y posterior a 7 años. Todos los scores disminuyeron de forma

significativa ( $p < .01$ ), excepto el estado mental y la sub escala de salud mental. Las medias obtenidas fueron de 45.0 y 50.0 para el componente físico y el mental respectivamente. El 38% de los pacientes a los que se les dio seguimiento reportaron peores valores de SF-36, asociado a un mal seguimiento ambulatorio. El hallazgo más importante y clínicamente significativo de estudio fue la relación identificada entre el impacto del cáncer y la calidad de vida. Este estudio muestra que la presencia de comorbilidad o síntomas en los sobrevivientes de LNH deberían alertar al médico sobre la posibilidad de necesitar servicios de apoyo (41).

En un estudio publicado en 2012, se valoró la calidad de vida en pacientes sobrevivientes de LNH de tipo agresivo. Los criterios de inclusión fueron pacientes de reciente diagnóstico de LNH de grado intermedio o alto (2-5 años antes del estudio), mayores de 20 años de edad. Se excluyeron pacientes con diagnósticos de otros tipos de cáncer 1 año previo al diagnóstico de LNH o posterior al diagnóstico. Se valoró la calidad de vida mediante el cuestionario de calidad de vida SF-36, así como una valoración de datos sociodemográficos. Un total de 319 pacientes fueron reclutados, 134 (42%) mayores de 65 años; 163 (51.1%) fueron hombres. La edad, el estado civil, contar con seguridad social, el número de comorbilidades y la recurrencia obtuvieron diferencias significativas al ser comparadas con las características valoradas en la calidad de vida (estado físico, estado mental, ansiedad, depresión, fatiga). Pacientes jóvenes presentaron peor calidad de vida al compararse con pacientes adultos sobrevivientes ( $P < 0.01$ ) excepto en el aspecto físico. Las diferencias en el aspecto mental, depresión, ansiedad y fatiga entre pacientes sobrevivientes menores de 50 años y pacientes mayores de 65 años de edad fueron demasiado grandes ( $> 0.5$ ) para ser considerados clínicamente significativas. Pacientes con

alguna comorbilidad asociada al cáncer, presentaron puntajes menores de calidad de vida en el aspecto físico ( $P < 0.001$ ), mental ( $P < 0.05$ ), depresión ( $P < 0.01$ ) y fatiga ( $P < 0.01$ ). Este estudio propone que el valorar la calidad de vida previa y posterior al tratamiento podría favorecer a la intervención de los sobrevivientes, mejorando su calidad de vida, ya que la búsqueda de información, así como la toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente, mejoran su percepción sobre la salud (42).

## **Capítulo IV**

### **JUSTIFICACIÓN**

Debido al incremento de la prevalencia de pacientes adultos mayores de 60 años de edad, con diagnóstico de LNH, así como el incremento de su supervivencia gracias al diagnóstico y tratamiento oportuno, es necesario llevar a cabo la evaluación de la calidad de vida antes y posterior al tratamiento con la finalidad de implementar protocolos en beneficio de la salud de estos pacientes.

### **ORIGINALIDAD Y CONTRIBUCIÓN**

*Originalidad:*

Es el primer estudio que evalúa la calidad de vida en adultos mayores de 60 años con diagnóstico de LNH.

*Contribución:*

La evaluación de la calidad de vida en adultos mayores de 60 años con diagnóstico de LNH, proporcionara herramientas para crear protocolos de asistencia a este tipo de pacientes, contribuyendo en su salud.

## **Capítulo V**

### **HIPÓTESIS**

#### **HIPÓTESIS**

La calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Linfoma No Hodking mayores de 60 años mejora con el tratamiento empleado.

#### **HIPÓTESIS NULA**

La calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Linfoma No Hodking mayores de 60 años no mejora con el tratamiento empleado.

## **Capítulo VI**

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO PRIMARIO**

Evaluar la calidad de vida basal y posterior al tratamiento de pacientes con diagnóstico de Linfoma No Hodking mayores de 60 años en un hospital de tercer nivel de atención.

## **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

Evaluar las características clínicas: subtipo de Linfoma No Hoggkin, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento, número de comorbilidades, ,experiencia de recurrencia, progresión de la enfermedad.

Evaluar las características socio demográficas del paciente : sexo, edad al momento del estudio, estado civil, escolaridad, ocupación, religión.

Evaluar los factores relacionados a la calidad de vida en pacientes con Linfoma No Hodking: salud física, salud mental, salud cognitiva, función social, dolor, vitalidad, percepción general.

## **Capítulo VII**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

- **Diseño del estudio**
  - Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, analítico.
- **Lugar en que se realizará el estudio**
  - Salas de internamiento de Medicina Interna I-II y consulta externa de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.
- **Duración del estudio**

- 2 años
- **Tamaño de la muestra**
  - 34 pacientes.
- **Población de estudio**
  - Pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin, no tratados previamente y que se encuentren en sala de Medicina Interna o acudan a consulta externa de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con reciente diagnóstico de Linfoma no Hodgkin.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes no tratados previamente.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con diagnóstico de Leucemia linfocítica crónica o Linfoma linfocítico de células pequeñas.
- Pacientes que no desean recibir tratamiento en nuestro centro.
- Pacientes que no comprendan el idioma español.
- Pacientes que no deseen participar.
- Pacientes que tengan deterioro cognitivo que les impida responder el cuestionario adecuadamente.
- Pacientes que vivan en asilos

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que sean trasladados a otra institución para completar su tratamiento.
- Fallecimiento.

## **DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO**

### **Cribado de pacientes**

Se incluirán pacientes con diagnóstico reciente de LNH mayores de 60 años de edad que no hayan recibido tratamiento previamente, y que acudan a la consulta de hematología o se encuentren en la sala de internamiento de Medicina Interna, del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Se excluirán pacientes con diagnóstico de Leucemia linfocítica crónica o Linfoma linfocítico de células pequeñas, pacientes que no desean recibir tratamiento en nuestro centro, pacientes que no comprendan el idioma español, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes que vivan en asilos y paciente que no deseen participar en nuestro estudio. En caso de que un paciente se traslade a otra institución a completar su tratamiento, será eliminado del estudio.

### **Reclutamiento y consentimiento**

En base a criterios de inclusión se determinará si el paciente es candidato a participar y se le proporcionará información verbal. Se obtendrá consentimiento informado de forma verbal por tratarse de un protocolo de no riesgo. Posteriormente se realizará una recopilación de datos demográficos así como la

evaluación de la calidad de vida relacionado con la salud mediante el cuestionario WHOQOL-OLD, el cual será aplicado por personal de salud previamente capacitado ( Residente de Geriatria clínica, estudiante de pre grado de la facultad de Medicina). Se realizará revisión del expediente médico y se realizará la evaluación de la calidad de vida relacionado con la salud mediante el cuestionario WHOQOL-OLD posterior al tratamiento , obteniendo asi 2 evaluaciones, al inicio y posterior al tratamiento de LNH.

### **Recolección de la información**

Se realizara la creación de una Base de datos con las características demográficas de nuestros pacientes , resultado del cuestionario WHOQOL-OLD y las características clínicas obtenidas mediante la revisión del expediente clínico. Se realizará el análisis estadístico con los resultados obtenidos y se procedera a la elaboración del informe final.

### **Variables del estudio:**

#### **Variables Dependientes**

Calidad de vida relacionada con la salud ( CVRS): Cuestionario de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud ( WHOQOL-OLD de 24 preguntas)

#### **Variables Independientes**

- Características socio-demográficas: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión.
- Características de la enfermedad : subtipo de linfoma no hodgkin, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento.

## CÁLCULO DE MUESTRA

$$n > 2 \left[ \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})\sigma}{\delta} \right]^2.$$

Se hizo un cálculo del tamaño de la muestra para detectar un cambio en la calidad de vida de 5 puntos y una desviación estándar de 10 además una alfa de 5% y un poder de 80% dando como resultado 34 participantes (43).

## ASPECTOS ÉTICOS

El De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adaptada por 52a Asamblea General, en Edimburgo, Escocia en el año 2000 en su Artículo 11, considerando también el artículo 13, el 15 y las últimas enmiendas de la declaración; que señalan que la investigación debe basarse en un conocimiento cuidadoso del campo científico, se revisó detalladamente la bibliografía para redactar los antecedentes y la metodológica del proyecto.

Esta investigación está de acuerdo con el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud" en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se considera como investigación sin riesgo

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para caracterizar a la población se utilizarán medias y desviación estándar en el caso de las variables cuantitativas con distribución normal y mediana con rango intercuartil para aquellas variables cuantitativas con distribución no normal. Para evaluar la normalidad de las variables se graficarán y se utilizará la prueba de Kolmogorv-Smirnov. Las variables categóricas serán resumidas a manera de cuentas y proporciones.

Para evaluar el cambio en la calidad de vida antes y después del tratamiento se empleó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas como prueba de hipótesis en virtud de la distribución no normal de las variables. Se considerará un valor de p menor a 0.05 como estadísticamente significativo.

### **Capítulo VIII**

## **RESULTADOS**

### **Características generales al inicio del estudio**

Fueron reclutados un total de 22 pacientes que cumplían satisfactoriamente con los criterios de inclusión. La mayoría de los pacientes fueron hombres, conformando un 59% (n = 13) de la muestra, mientras que las mujeres representaron el 41% (n = 9) de los sujetos. La mediana (rango intercuartílico [RIC]) de edad fue de 73 (64-79) años.

### **Características sociodemográficas al inicio del estudio**

En cuanto a las características basales socioculturales de los pacientes, la mayor parte (64%, n = 14) y un 23% (n = 5) refirieron su estado civil como “viudo/a”. Todos los pacientes vivían en un domicilio particular, 45% (n = 10) co-habitaban con sus hijos, 32% (n = 7) con su pareja y 18% (n = 4) con otro familiar y solo un paciente vivía solo. La mayor parte (64%, n = 14) contaban con escolaridad primaria, mientras que la mediana (RIC) de años de escolaridad fue de 5 (3-6) años. Un 41% (n = 9) de los participantes reportaron que mantenían como ocupación “labores del hogar”, mientras que solo 9% contaban con un empleo formal y 14% se encontraban jubilados. Un 73% (n = 16) de los pacientes no contaban con afiliación a ningún tipo de servicio de salud. Las características basales y sociodemográficas se presentan en la tabla 3.

<b>Tabla 3. Características basales y sociodemográficas</b>	
Característica	N = 22 <sup>1</sup>
Sexo	
Femenino	9 (41%)
Masculino	13 (59%)
Edad	73 (15)
Estado civil	
Casado	14 (64%)
Separado	1 (4.5%)
Soltero	2 (9.1%)
Viudo	5 (23%)
Residencia	
Casa	22 (100%)
Con quién vive	
Hijos	10 (45%)
Otro familiar	4 (18%)
Pareja	7 (32%)
Solo	1 (4.5%)
Escolaridad (años)	5.0 (3.0)
Escolaridad más de 10 años	
Mayor a 10 años	7 (32%)
Menor a 10 años	15 (68%)
Escolaridad	
Licenciatura	2 (9.1%)
No fui a la escuela, pero sé leer y escribir	1 (4.5%)
No fui a la escuela, y no sé leer ni escribir	2 (9.1%)
Primaria	14 (64%)
Secundaria	3 (14%)
Ocupación	
Desempleado	8 (36%)
Empleado	2 (9.1%)
Jubilado	3 (14%)
Labores del hogar	9 (41%)
Afiliación a servicios de salud	
Con afiliación a servicios de salud	6 (27%)
Sin afiliación a servicios de salud	16 (73%)

### **Características de la enfermedad al inicio del estudio**

La mayoría de los pacientes contaban con un diagnóstico de linfomas de tipo “difuso”, siendo esta la entidad identificada en 55% (n = 12) de los casos, seguido por el linfoma folicular (23%, n = 5) y el linfoma marginal (14%, n = 3). Con mayor frecuencia los pacientes fueron estadificados mediante la escala de Ann Arbor con una neoplasia de estadio IV (36%, n = 8), en una menor, pero similar medida se clasificaron los demás pacientes: estadio II, 27%; estadio I, 23%; y estadio III, 14%. Los síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y/o pérdida de peso) fueron referidos al momento del diagnóstico en 55% (n = 12) de los pacientes, mientras que el resto reportaba ausencia de dichas molestias.

### **Características del tratamiento al inicio del estudio**

Los tratamientos empleados en los participantes de este estudio fueron: R-CVP (32%, n = 7), R-CHOP (23%, n = 5), R-miniCHOP (18%, n = 4), corticoesteroides (14%, n = 3), Rituximab (9%, n = 2) y BR (4%, n = 1). La mediana (RIC) de ciclos de tratamiento fue de 2.5 (1-5.75).

### **Comorbilidades**

La mediana (RIC) de puntaje en el índice de comorbilidad de Charlson en los pacientes estudiados fue de 5 (4-6). Las comorbilidades presentes en los pacientes incluyeron: hipertensión arterial sistémica (55%, n = 12), diabetes mellitus (18%, n = 4), enfermedad vascular periférica (14%, n = 3), enfermedad ulcerosa (9%, n = 2) y falla cardíaca crónica (4.5%, n = 1).

Una fracción de los sujetos incluidos en el estudio reportó consumo de alcohol al momento del diagnóstico (27%, n = 6) y la misma cantidad de pacientes reportaron hábito tabáquico con una mediana (RIC) de paquetes año de 0 (0-1).

Casi la totalidad de los participantes (91%, n = 20) tenían una autopercepción positiva de su salud, 41% (n = 9) de los pacientes clasificaban su salud como regular, mientras que solo 1 la consideraba mala. Al interrogar como consideraban su salud comparada con la de otras personas de su edad, 45% (n = 10) la consideraban igual, 36% (n = 8) mejor y 18% (n = 4) peor. Las características de la enfermedad y comorbilidades se presentan en la tabla 4.

**Tabla 4. Características de la enfermedad y comorbilidades**

Tipo de linfoma	
Difuso	12 (55%)
Folicular	5 (23%)
MALT	1 (4.5%)
Manto	1 (4.5%)
Marginal	3 (14%)
Estadio de Ann Arbor	
I	5 (23%)
II	6 (27%)
III	3 (14%)
IV	8 (36%)
Síntomas B	
No	10 (45%)
Si	12 (55%)
Tratamiento	
BR	1 (4.5%)
Esteroide	3 (14%)
R-CHOP	5 (23%)
R-CVP	7 (32%)
R-miniCHOP	4 (18%)
Rituximab	2 (9.1%)
Ciclos de tratamiento	2.50 (1.5-5.75)
Tabaquismo	
No	16 (73%)
Si	6 (27%)
Actividad física	
No	15 (68%)
Si	7 (32%)
Diabetes	
No	18 (82%)
Si	4 (18%)
Enfermedad vascular periférica	
No	19 (86%)
Si	3 (14%)
Falla cardíaca crónica	
No	21 (95%)
Si	1 (4.5%)
Enfermedad ulcerosa	
No	20 (91%)
Si	2 (9.1%)
Hipertensión arterial sistémica	
No	10 (45%)
Si	12 (55%)

<b>Tabla 4. Características de la enfermedad y comorbilidades</b>	
Autopercepción de salud	
Negativa	2 (9.1%)
Positiva	20 (91%)
Cómo considera su salud	
Buena	2 (9.1%)
Excelente	4 (18%)
Mala	1 (4.5%)
Muy buena	6 (27%)
Regular	9 (41%)
Cómo considera su salud comparada a otros de su edad	
Igual	10 (45%)
Mejor	8 (36%)
Peor	4 (18%)
Impedimento de desarrollar actividades habituales por estado de salud	
Con impedimento	9 (41%)
Sin impedimento	13 (59%)
<sup>1</sup> n (%); Mediana (Rango intercuartílico)	
BR: Bendamustina, Rituximab; MALT: Tejido Linfoide Asociado a Mucosas; R-CHOP: Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina, Prednisona; R-CVP: Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina, Prednisona	

### **Calidad de vida al inicio del estudio**

Un total de 22 pacientes fueron evaluables al inicio del seguimiento para el objetivo primario del presente estudio. La mediana (RIC) de puntaje global en la escala de WHOQOL-OLD de calidad de vida fue 102 (92-109.5) lo cual

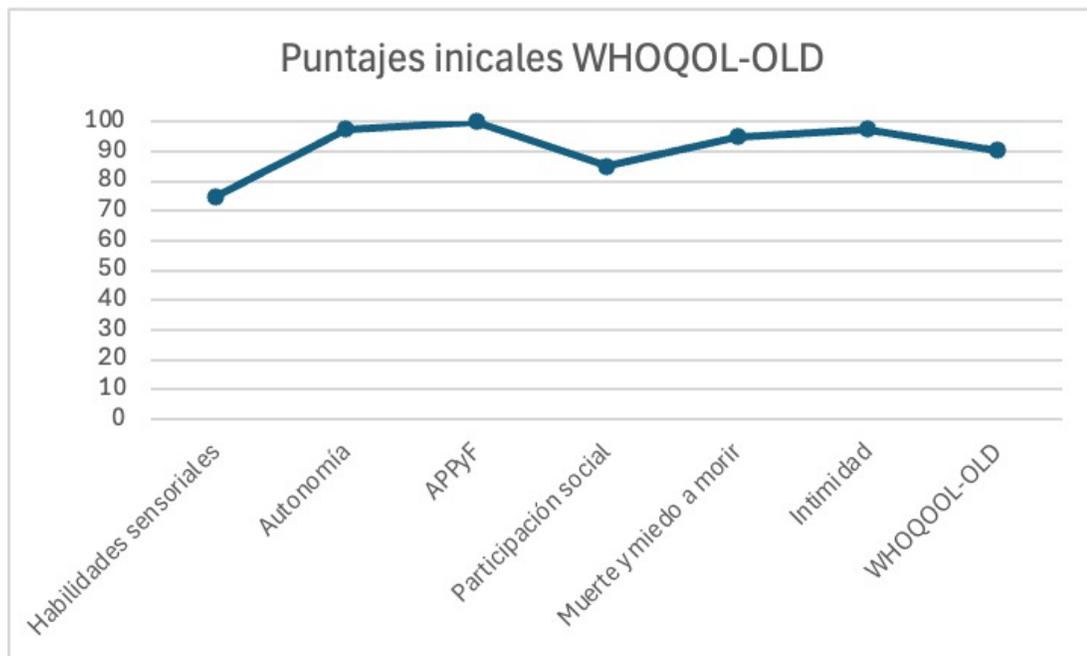
corresponde a una mediana (RIC) de porcentaje de calidad de vida de 85% (76.6%-91.2%).

El dominio de la herramienta con un mayor porcentaje fue el de “actividades pasadas, presentes y figuras” con una mediana (RIC) de 98% (90%-100%), mientras que el dominio de “habilidades” fue en el que se registró un menor porcentaje, teniendo una mediana (RIC) de 70% (50%-85%). El resto de los dominios y sus respectivas medianas de puntaje y porcentaje de desempeño se muestran en la Tabla 5.

**Tabla 5.**  
**Puntajes en escala WHOQOL-OLD previo al tratamiento.**  
**Se muestran los puntajes en la escala convertida a 0-100**

Dominio	N = 22 <sup>1</sup>
Habilidades sensoriales	70 (50-85)
Autonomía	93 (80-100)
Actividades pasadas, presentes y futuras	98 (90-100)
Participación social	80 (65-95)
Muerte y miedo a morir	85 (66-100)
Intimidad	100 (91-100)
Porcentaje inicial WHOQOL	85 (77-91)
<sup>1</sup> Mediana (RIC)	

Figura 1.



### Calidad de vida al final del estudio

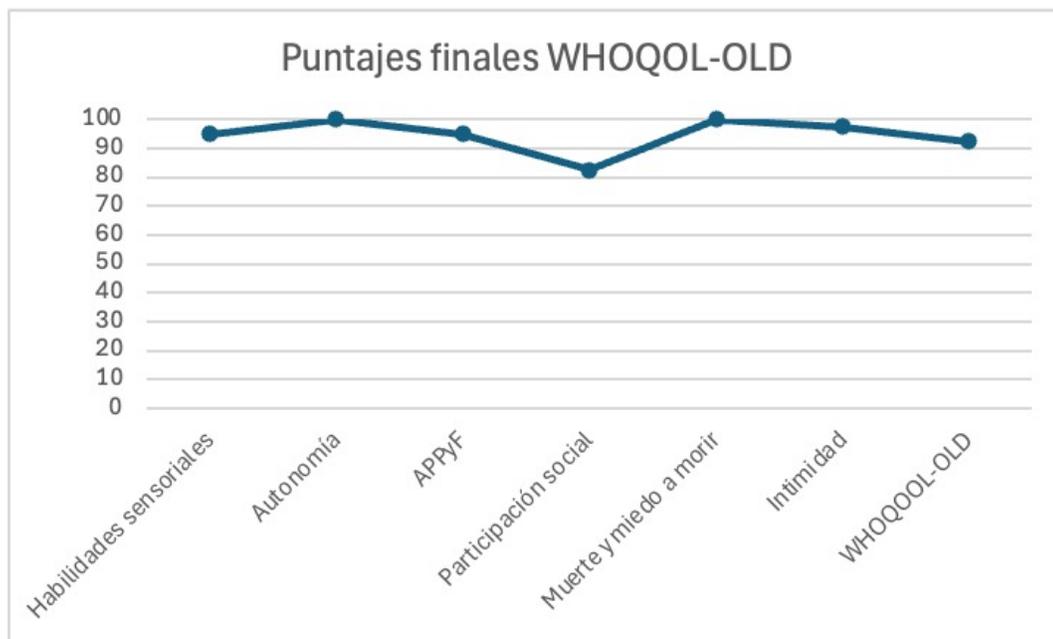
Seis pacientes fueron analizables al final del seguimiento cumpliendo con evaluación de calidad de vida pre- y post-tratamiento. La mediana (RIC) de puntaje al final de seguimiento en los pacientes analizables fue de 111 (107-114) con una mediana (RIC) de porcentaje correspondiente de 92.5 (89-95). El dominio con una mayor mejora al final del seguimiento comparada con su puntaje inicial fue el de “habilidades sensoriales”, en el cual hubo un aumento de 20 puntos porcentuales en la mediana de puntaje. Los puntajes y porcentajes globales y en cada dominio al final del seguimiento se pueden ver en la tabla 6.

**Tabla 6.**  
**Puntajes en escala WHOQOL-OLD al final del tratamiento.**  
**Se muestran los puntajes en la escala convertida a 0-100**

Dominio	N =6 <sup>1</sup>
Habilidades sensoriales	95 (90-100)
Autonomía final	100.0 (100.0-100.0)
Actividades pasadas, presentes y futuras	95 (86-100)
Participación social	82.5 (80.0-88.8)
Muerte y miedo a morir	100 (96-100)
Intimidad	97.5 (91.3-100.0)
Porcentaje final WHOQOL	92.50 (89.79-95.21)

<sup>1</sup>Mediana (RIC)

Figura 2.



## Cambios en la calidad de vida

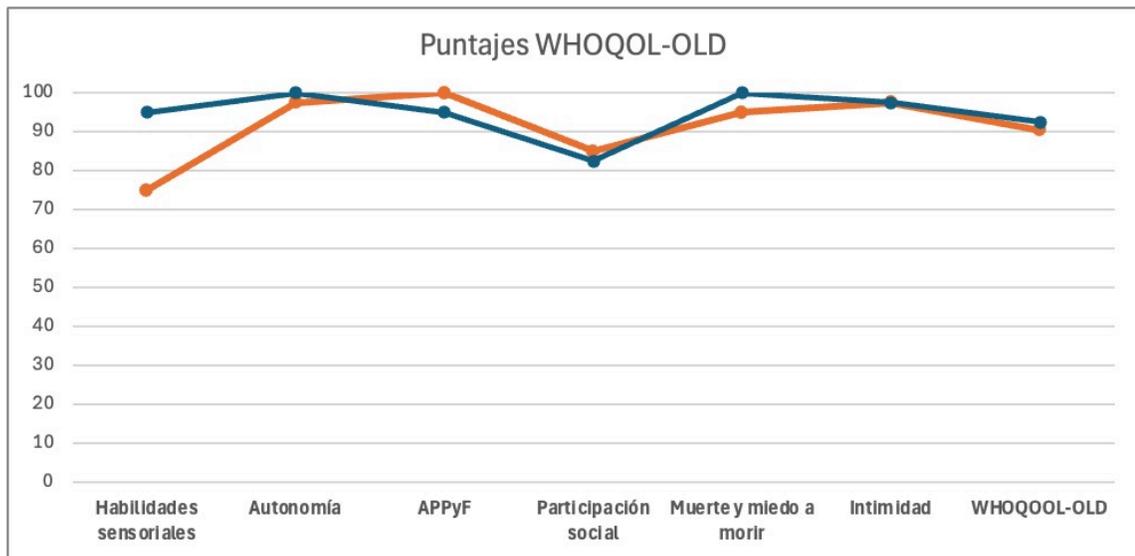
Se evidenció un incremento estadísticamente significativo en ambos puntaje y porcentaje de calidad de vida totales pre- y post-tratamiento ( $p = 0.04$  y  $p = 0.03$ , respectivamente).

Los dominios en los que el cambio en el porcentaje de desempeño al final del seguimiento fue estadísticamente significativo fueron: “habilidades sensoriales” ( $p = 0.03$ ), “autonomía” ( $p = 0.009$ ), “actividades pasadas, presentes y futuras” ( $p = 0.0002$ ) e “participación social” ( $p = 0.0009$ ). Las comparaciones completas se muestran en la tabla 7.

**Tabla 7.**  
**Puntajes en escala WHOQOL-OLD al final del tratamiento.**  
**Se muestran los puntajes en la escala convertida a 0-100**

Dominio	N =6 <sup>1</sup>
Habilidades sensoriales	95 (90-100)
Autonomía final	100.0 (100.0-100.0)
Actividades pasadas, presentes y futuras	95 (86-100)
Participación social	82.5 (80.0-88.8)
Muerte y miedo a morir	100 (96-100)
Intimididad	97.5 (91.3-100.0)
Porcentaje final WHOQOL	92.50 (89.79-95.21)
<sup>1</sup> Mediana (RIC)	

Figura 3.



## Capítulo IX DISCUSIÓN

Este estudio prospectivo observacional presenta valiosos y útiles datos sobre la CV en los pacientes mayores de 60 años con diagnósticos de LNH de distintas variedades histológicas. En el demostramos varios puntos importantes respecto a una población que requiere de atención especializada, personalizada y multidisciplinaria en la que como un mínimo ideal debería estar presente la colaboración entre el médico hematólogo y geriatra. Con una mediana de puntaje global en la escala de WHOQOL-OLD de 90.4% al inicio del estudio y un incremento a 92.5% demostramos una alto nivel en la CV de nuestros pacientes, así como un incremento probablemente atribuible al tratamiento de sus neoplasias, lo cual demuestra un impacto positivo de las estrategias utilizadas en nuestro centro para tratar LNH.

En el presente estudio demostramos un incremento estadísticamente significativo en la calidad de vida en general en los pacientes estudiados tras concluir su seguimiento. Desde luego, la muestra de pacientes elegibles para terminar su seguimiento y ser analizados en la comparación pre- y post-tratamiento es menor de lo planeado, debido a las dificultades enfrentadas al reclutar y mantener el seguimiento de pacientes mayores, con características sociales que difieren, pero entre los cuales en general se puede ver homogeneidad en cuanto a sus cuidadores, diagnóstico, tratamiento y desde luego una importante falta en acceso a servicios de salud, lo cual contribuye a que estos pacientes recurran a centros alternativos a nuestro hospital para llevar a cabo un tratamiento. Este último detalle, a pesar de que representa una limitante para nuestro estudio, destaca un importante problema al que los pacientes mayores de edad con patologías oncológicas se enfrentan.

El presente estudio es de gran relevancia para la práctica global de la atención de pacientes con estas enfermedades al ser tipos de cáncer que se presentan prominentemente en adultos mayores (44). Es importante tener un entendimiento no solo de como las terapias prescritas afectan la CV, sino de cuál es la calidad de vida del paciente previo al tratamiento, ya que los LNH tener opciones de tratamiento con alto potencial curativo, pero frecuentemente el médico en su preocupación por no generar toxicidades desproporcionadas emplea esquemas de tratamiento atenuados o estrategias paliativas, en ocasiones justificados, aunque a veces en pacientes que pudieran ser aptos para recibir terapias estándar (45) .

Otros estudios similares han encontrado hallazgos en la misma dirección que nuestro estudio Alawi y colaboradores reportan una CV que no se demuestra

severamente afectada, aunque en sus hallazgos resalta una diferencia estadísticamente significativa entre pacientes con linfomas agresivos e indolentes, siendo los primeros en quien se ve más afección de calidad de vida al momento del diagnóstico (46). Otros estudios en el tema se adentran en las mediciones de calidad de vida en el paciente sobreviviente a LNH, pero son escasos los datos en pacientes con diagnósticos y tratamientos activos (47, 48).

Es importante en el futuro generar protocolos de seguimiento prospectivos de la CV de esta población de pacientes, ya que como se ha reportado, aunque inicialmente se evidencian mejoras en la CV, existe evidencia de un declive en la CV en los años siguientes al diagnóstico (49).

Las limitantes de este estudio incluyen una muestra menor a la esperada en el reclutamiento y pérdidas significativas en el seguimiento de los pacientes.

Las fortalezas de este estudio incluyen el reclutamiento de pacientes con una diversidad en las variedades histológicas de los linfomas diagnosticados, heterogeneidad en el tratamiento, así como una buena distribución de las distintas características basales de los pacientes, lo que promueve robustez en los resultados a través de las comparaciones y la originalidad de su diseño, ya que en la actualidad no existen reportes con seguimiento prospectivo de pacientes en los que se haya medido la calidad de vida antes y después de una variedad de tratamientos diferentes, y la mayoría de los datos provienen de estudios transversales y ensayos clínicos en los que los pacientes son cuidadosamente seleccionados y no necesariamente reflejan lo que ocurre en el mundo real. Una de las observaciones destacables, es la relativamente buena CV reportada previo al tratamiento, aun cuando abundaban linfomas de tipo difusos los cuáles suelen conocerse entre los más agresivos y sintomáticos.

Además de que los pacientes reportaban estados de salud auto percibidos de forma positiva.

Como hallazgo adicional, originalmente no contemplado como parte de los objetivos de la presente investigación, pero de importancia para la atención al paciente adulto mayor es la alta prevalencia de ausencia de afiliación a servicio de salud alguno, lo que pudiera hacer más susceptibles a las personas de la tercera edad con neoplasias linfoproliferativas a recibir retrasos en el diagnóstico, inicio del tratamiento y tratamientos subóptimos.

## **Capítulo X**

### **CONCLUSIÓN**

Se demostró un incremento en la CV de los AM con LNH a lo largo del seguimiento, lo que indica un impacto positivo asociado al tratamiento. A pesar de la mejora la CV nos enfrentamos a desafíos en cuanto al reclutamiento y el seguimiento en una población con falta de acceso adecuado a servicios de salud, lo cual resalta la necesidad de enfoques más accesibles y sostenibles para involucrar a esta población en estudios clínicos.

Es muy importante llevar a cabo un enfoque integral y colaborativo entre el equipo de hemato-geriatría para una atención personalizada que aborde tanto los aspectos médicos como sociales de los pacientes. En resumen, este estudio destaca tanto los beneficios del tratamiento en la CV de los AM con LNH como los desafíos asociados con el acceso a atención médica adecuada, la necesidad de una colaboración multidisciplinaria y la importancia de un seguimiento continuo a largo plazo.

## Capítulo XI

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36
2. Hernandez-Ruiz, E., Alvarado-Ibarra, M., Lien-Chang, L. E. J., Banda-Garcia, L., Aquino-Salgado, J. L., Barragan-Ibanez, G., ... & Perez-Zuniga, J. M. (2021). Epidemiology and Clinical Characteristics of Non-Hodgkin Lymphoma in Mexico. *World Journal of Oncology*, 12(1), 28.
3. Armitage, J. O., Gascoyne, R. D., Lunning, M. A., & Cavalli, F. (2017). Non-hodgkin lymphoma. *The Lancet*, 390(10091), 298-310.
4. Itatani, Y., Kawada, K., & Sakai, Y. (2018). Treatment of elderly patients with colorectal cancer. *BioMed research international*, 2018.
5. United Nations Population Fund 2022, <https://www.unfpa.org/ageing>, Abril 2022
6. Swerdlow, S. H., Campo, E., Pileri, S. A., Harris, N. L., Stein, H., Siebert, R., ... & Jaffe, E. S. (2016). The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 127(20), 2375-2390.
7. Armitage JO, Weisenburger DD. New approach to classifying non-Hodgkin's lymphomas: clinical features of the major histologic subtypes. Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. *J Clin Oncol* 1998; 16:2780.
8. Epelbaum R. Non-Hodgkin's lymphoma: long-term survivors and adverse effects. *Ann Oncol*. 2000;11 Suppl 3:123-8. doi: 10.1093/annonc/11.suppl\_3.123. PMID: 11079129.
9. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood* 2016; 127:2375.

10. Armitage, J. O., Gascoyne, R. D., Lunning, M. A., & Cavalli, F. (2017). Non-hodgkin lymphoma. *The Lancet*, 390(10091), 298-310.
11. Ortega, J. P. G., Brácho, J. R. G., Benavides, R. E. O., Castro, J. J. Q., Cajas, J. I. P., Maita, E. G. V., ... & Ortiz, D. P. G. (2021). Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin: desde una perspectiva molecular, diagnóstica y terapéutica. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 302-313.
12. International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 1993; 329:987.
13. de Kock, I., Mirhosseini, M., Lau, F., Thai, V., Downing, M., Quan, H., ... & Yang, J. (2013). Conversion of Karnofsky performance status (KPS) and eastern cooperative oncology group performance status (ECOG) to palliative performance scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. *Journal of palliative care*, 29(3), 163-169.
14. Armitage, J. O. (2005). Staging non-Hodgkin lymphoma. *CA: a cancer journal for clinicians*, 55(6), 368-376.
15. Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. *J Clin Oncol* 2014; 32:3059.
16. Armitage, J. O., Gascoyne, R. D., Lunning, M. A., & Cavalli, F. (2017). Non-hodgkin lymphoma. *The Lancet*, 390(10091), 298-310.
17. "Constitution of the World Health Organization", *American Journal of Public Health* 36, no. 11 (November 1, 1946): pp. 1315-1323. <https://doi.org/10.2105/AJPH.36.11.1315>.
18. Patrick, D. L., Bush, J. W., & Chen, M. M. (1973). Toward an Operational Definition of Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 14(1), 6–23. <https://doi.org/10.2307/2136932>
19. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,%C3%BA%20ultima%20instancia%2C%20a%20la%20muerte>.

20. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>, consultado el 2 de abril del 2019).
21. World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care* (No. WHO/FWC/ALC/19.1). World Health Organization.
22. Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336–342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
23. Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>
24. Kolator, M., Kolator, P., & Zatoński, T. (2018). Assessment of quality of life in patients with laryngeal cancer: A review of articles. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 27(5), 711–715. <https://doi.org/10.17219/acem/69693>.
25. Martinez-Martin, P. (2016). What is quality of life and how do we measure it? Relevance to Parkinson's disease and movement disorders. *Movement Disorders*, 32(3), 382–392. <https://doi.org/10.1002/mds.26885>
26. Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
27. Hays RD, Reeve BB. Measurement and modeling of health-related quality of life. In: Killewo J, Heggenhougen HK, Quah S Reditors. *Epidemiology and demography in public health*. San Diego: Academic Press; 2010. p. 195–205. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00336-1>
28. Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis*. 1987;40(6):593–600. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90019-1](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90019-1)
29. Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social science & medicine*, 41(10), 1383-1394. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00116-O](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00116-O).

30. Gold MR, Patrick DL, Torrance GW, Fryback D, Hadorn DC, Kamlet M, et al. Identifying and valuing outcomes. In: Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC, editors. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford: Oxford University Press; 1996.
31. Pequeno, N. P. F., de Araújo Cabral, N. L., Marchioni, D. M., Lima, S. C. V. C., & de Oliveira Lyra, C. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-13.
32. Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
33. Lucas-Carrasco R., Laidlaw K., Power M. Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging Ment. Health*. 2011;15:595–604. doi: 10.1080/13607863.2010.548054.
34. González-Celis, A. L., & Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 5(12), 110. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.512A015>
35. Quiroz, C. O. A., García, J. J. V., Castro, S. B. E., Encinas, D. M. S., & Flores, R. G. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 23(2), 241-250.
36. Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S. S., Hernández, G. A., & Márquez-Mendoza, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 397-405.
37. Pacheco, P. O., Pérez, R. C., Coello-Montecel, D., & Castro Zazueta, N. P. (2021). Quality of Life in Older Adults: Evidence from Mexico and Ecuador. *Geriatrics*, 6(3), 92. doi: 10.3390/geriatrics6030092
38. Krawczyk-Suszek, M., & Kleinrok, A. (2022). Health-Related Quality of Life (HRQoL) of People over 65 Years of Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 625.

39. Ariestine, D. A., Sari, N. K., Rinaldi, I., & Abdullah, M. (2021). Quality of life in older survivors of non-Hodgkin's lymphoma who received chemotherapy and related factors. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(2), 326-331.
40. Kang, D., Cho, J., Im Ryung Kim, M. K. K., Kim, W. S., & Kim, S. J. (2018). Health-related quality of life in non-Hodgkin lymphoma survivors: a prospective cohort study. *Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association*, 50(4), 1051.
41. Smith, S. K., Mayer, D. K., Zimmerman, S., Williams, C. S., Benecha, H., Ganz, P. A., ... & Abernethy, A. P. (2013). Quality of life among long-term survivors of non-Hodgkin lymphoma: a follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(2), 272.
42. Jensen, R. E., Arora, N. K., Bellizzi, K. M., Rowland, J. H., Hamilton, A. S., Aziz, N. M., & Potosky, A. L. (2013). Health-related quality of life among survivors of aggressive non-Hodgkin lymphoma. *Cancer*, 119(3), 672-680.
43. Sample Size Calculator, <https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html>, April 2022
44. Akhtar OS, Huang L-W, Tsang M, Torka P, Loh KP, Morrison VA, et al. Geriatric assessment in older adults with non-Hodgkin lymphoma: A Young International Society of Geriatric Oncology (YSIOG) review paper. *Journal of Geriatric Oncology*. 2022/06/01;13(5).
45. Schmittlutz K, Marks R. Current treatment options for aggressive non-Hodgkin lymphoma in elderly and frail patients: practical considerations for the hematologist. *Therapeutic Advances in Hematology*. 2021 Mar 3;12.
46. Alawi EM, Mathiak KA, Panse J, Mathiak K. Health-related quality of life in patients with indolent and aggressive non-Hodgkin lymphoma. *Cogent Psychology*. 2016-12-31;3(1).

47. Wasse SK, Mounier M, Assogba E, Rossi C, Adnet J, Gauthier S, et al. Factors Affecting Health-Related Quality of Life among Survivors of Non-Hodgkin Lymphoma: A Population-Based Study. *Cancers* 2023, Vol 15, Page 3885. 2023-07-30;15(15).
48. Ariestine DA, Sari NK, Rinaldi I, Abdullah M. Quality of life in older survivors of non-Hodgkin's lymphoma who received chemotherapy and related factors. *Journal of Geriatric Oncology*. 2021/03/01;12(2).
49. Compaci G, Conte C, Oberic L, Ysebaert L, Laurent G, Despas F, et al. Sustained degradation of quality of life in a subgroup of lymphoma survivors: a two-year prospective survey. *BMC Cancer* 2019 19:1. 2019-12-03;19(1).

# Capítulo XII

## ANEXOS



### Evaluación en adultos mayores con Linfoma No Hodgkin

Registro: \_\_\_\_\_

Número de sujeto de investigación: \_\_\_\_\_

Fecha de recopilación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ años Sexo: Mujer  Hombre

Estado civil: Soltero  Viudo  Divorciado  Separado  Casado

Escolaridad (años):

-No fui a la escuela y no sé leer ni escribir  No fui a la escuela, pero sé leer y escribir

-Primaria  Secundaria  Preparatoria  Carrera técnica  Licenciatura

Maestría o doctorado  - Completa  Incompleta

Ocupación principal: Empleado  Desempleado  Jubilado  Laborares del hogar

Religión: Católica  Cristiana  Otra

Lugar de nacimiento (Estado): \_\_\_\_\_ Lugar de residencia (Estado): \_\_\_\_\_

Dirección: Calle y número \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (local): \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

¿En dónde vive?: En asilo u otra institución  En una casa o departamento

¿Con quién vive?: Solo  Pareja o esposo(a)  Hijos  Nietos  Otro familiar

¿Quién es su cuidador principal?: Pareja o esposo(a)  Hijo  Nieto  Otro familiar

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_

Teléfono (local): \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## II. INFORME DEL ESTADO DE SALUD

### 1. Antecedentes heredofamiliares:

### 2. Antecedentes personales no patológicos:

Tabaquismo:

Positivo  Negativo  Edad de inicio: \_\_\_ Edad de finalización: \_\_\_\_\_

Número de cigarrillos fumados en 1 día: \_\_\_\_\_ Paquetes / año: \_\_\_\_\_

Alcoholismo:

Positivo  Negativo  Edad de inicio: \_\_\_ Edad de finalización: \_\_\_\_\_

Número y tipo de bebida alcohólica consumida: \_\_\_\_\_

BIOMASA: Positivo  Negativo

COMBE: Positivo  Negativo

Esquema de vacunación completo durante la infancia: Positivo  Negativo

Esquema de vacunación completo durante la adultez: Positivo  Negativo

Esquema de vacunación SARS-COV2 completo: Positivo  Negativo

Tipo: \_\_\_\_\_ Última dosis: \_\_\_\_\_

Actividad física: Positivo  Negativo

Dieta: \_\_\_\_\_

### 3. Antecedentes gineco – obstétricos: (si es hombre, pasar al siguiente apartado)

Menarca: \_\_\_\_\_ Menopausia: \_\_\_\_\_

Gestas: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

¿Uso de terapia hormonal de reemplazo? Positivo  Negativo

¿Uso de anticonceptivos orales alguna vez en su vida? Positivo  Negativo

**4. Antecedentes personales patológicos:**

En cada uno especificar: Tiempo de diagnóstico y secuelas / complicaciones (si las hubiese) y tratamientos empleados, incluyendo el actual.

**NOTA:** El diagnóstico debe ser establecido por un médico.

- Infarto de Miocardio: Positivo  Negativo
- Falla Cardíaca Crónica: Positivo  Negativo
- Enfermedad Vascul ar Periférica: Positivo  Negativo
- Enfermedad Cerebrovascular: Positivo  Negativo
- Demencia (Déficit cognitivo crónico): Positivo  Negativo
- Enfermedad Pulmonar Crónica Positivo  Negativo
- Enfermedad Ulcerosa: Positivo  Negativo
- Enfermedad hepática: Positivo  Negativo

En caso de ser positivo: Leve  Moderado a Severo

- Diabetes mellitus: Positivo  Negativo

En caso de ser positivo: No complicada  Complicada (involucro orgánico)

- Enfermedad renal crónica moderada-severa: Positivo  Negativo
- Tumor solido: Positivo  Negativo
- En caso de ser positivo: Localizado  Metastásico

- Leucemia: Positivo  Negativo

- Linfoma: Positivo  Negativo

- SIDA: Positivo  Negativo

- Hipertensión Arterial Sistémico: Positivo  Negativo

- Otros: Positivo  Negativo

En caso de ser positivo especifique cuales:



**5. Medicamentos:**

Nombre	Dosis	Frecuencia de uso	Vía de administración	Tiempo de uso	Indicado para	Reacciones adversas

**6. Exploración:**

FC: \_\_\_\_\_X      FR: \_\_\_\_\_X      Temp: \_\_\_\_\_°C      TA: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ mts.      Peso: \_\_\_\_\_ kg      IMC : \_\_\_\_\_

**7. Autopercepción de salud:** Positiva  Negativa

Considera su salud: Excelente  Muy buena  Buenas  Regular  Mala  Muy mala

Percepción del estado de salud comparado con otras ersonas de su edad: Mejor  igual  Peor

Impedimento de desarrollar sus actividades habituales por estado de salud: Positivo  Negativo

Afiliación a servicios de salud/seguridad social: Positivo  Negativo

### III. INFORME DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL

Fecha de diagnóstico: D\_\_\_/M\_\_\_/ A\_\_\_

Subtipo de Linfoma No Hodgkin: \_\_\_\_\_

Ann Arbor: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de tratamiento D\_\_\_/M\_\_\_/ A\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Número de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: D \_\_\_\_ /M \_\_\_\_ /A \_\_\_\_

Cuestionario:  Inicial  Final

### Cuestionario WHOQOL-OLD

#### Instrucciones:

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

Consta de 24 ítems que evalúan 6 dimensiones:

- 1) **Habilidades sensoriales:** evalúa el funcionamiento sensorial y el impacto de la pérdida de los sentidos y habilidades en la calidad de vida.
- 2) **Autonomía:** se refiere a la independencia en la vejez y por lo tanto describe la capacidad de poder vivir de forma autónoma y tomar decisiones propias.
- 3) **Actividades pasadas, presentes y futuras:** describe la satisfacción sobre los logros en la vida y en la esperanza de continuar realizando u obteniendo cosas de interés.
- 4) **Participación social:** delinea la participación en actividades de la vida diaria, especialmente en la comunidad, tomando en cuenta el tiempo y la satisfacción para sus actividades.
- 5) **Muerte y morir:** esta relacionada con inquietudes , preocupaciones y temores acerca de la muerte y el morir.
- 6) **Intimidad:** evalúa el poder tener relaciones personales e íntimas.

V1.0 Abril 22 1

Nombre : \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Número de paciente: \_\_\_\_\_

Con la finalidad de poder interpretar mejor los resultados, se decide acomodar las preguntas por dimensiones, respetando el número de cada una.

Por favor, responda a las preguntas pensando en su vida en las últimas dos semanas.

No hay respuestas buenas ni malas, por lo que pedimos que responda con mayor sinceridad posible.

Se puntúan de la siguiente forma:

- 1) Nada 2) un poco 3) Regular 4) Mucho 5) Demasiado

Marque con una " X " la respuesta que mejor considere para cada pregunta.

Por favor, constate todas las preguntas.

V1.0 Abril 22 2

Nombre : \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Número de paciente: \_\_\_\_\_

Ítem	1 Nada	2 Un poco	3 Regular	4 Mucho	5 Demasiado
<b>1.Habilidades sensoriales</b>					
1. ¿En qué medida la disminución de algún sentido (por ejemplo; escuchar, ver, saborear, oler, tocar) podría afectar su vida diaria? *					
2. ¿En qué medida la pérdida de algún sentido como el oído, la vista, el gusto, el olfato, o el tacto, podría afectar su participación en algunas actividades? *					
10. ¿En qué medida los problemas con sus sentidos (escuchar, ver, saborear, oler, tocar) afecta su relación con los demás? *					
20. ¿Cómo calificaría sus sentidos (escuchar, ver, saborear, oler, tocar)?					

V1.0 Abril 22 3

<b>2.Autonomía</b>					
3. ¿Qué tanta libertad tiene de elegir sus propias decisiones?					
4. ¿Hasta qué punto siente control de su futuro?					
5. ¿Qué tanto considera que la gente alrededor de usted respeta su libertad?					
11. ¿Hasta qué punto es capaz de hacer las cosas que le gustarían hacer?					
<b>3. Actividades presentes, pasadas y futuras</b>					
12. ¿Hasta qué punto está satisfecho con las oportunidades para seguir triunfando en la vida?					
13. ¿Cuánto reconocimiento siente usted que ha recibido en la vida?					

15. ¿Qué tan satisfecho está usted con lo que ha logrado en la vida?					
19. ¿Qué tan feliz lo hace esperar cosas?					
<b>4.Participación social</b>					
14. ¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente de cada día?					
16. ¿Qué tan satisfecho está usted con la manera en que usa su tiempo?					
17. ¿Qué tan satisfecho está con su nivel de energía?					
18. ¿Qué tan satisfecho está usted con las oportunidades de participar en actividades de su comunidad?					

<b>5.Muerte y morir</b>					
6. ¿Qué tan preocupado está por la forma en la que muera? *					
7. ¿Cuánto miedo siente de no poder controlar su muerte? *					
8. ¿Qué tanto miedo tiene de morir? *					
9. ¿Cuánto teme sentir dolor antes de morir? *					
<b>6.Intimidad</b>					
21. ¿Hasta qué punto siente la necesidad de compañía en su vida?					
22. ¿Hasta qué punto experimenta amor en su vida?					
23. ¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?					
24. ¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?					
<b>Total</b>					

## **Capítulo XIII**

### **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**DRA. ESTEFANIA ELIZABETH ABUNDIS MÁRQUEZ**

Candidato para el grado de  
Especialidad en Geriatria Clínica

Tesis: "Evaluación de la calida de vida en adultos mayores con Linfoma No  
Hodgkin"

Campo de estudio: Ciencias de la salud.

#### **Biografía**

Datos personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León, México, el 11 de abril de 1993, hija de Elizabeth Márquez Hernández y Sergio Abundis Chavez. Hermana menor de Eberth Josué Abundis Márquez.

Educación:

En 2008 inicia el Bachillerato Técnico Bilingüe Progresivo-Enfermería, en la Escuela y Preparatoria Técnica Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León, obteniendo el reconocimiento al Mérito Académico. Realizó el Servicio Social en el programa: apoyo-docente-asistencial en la práctica hospitalaria dentro de las instalaciones del Hospital "Dr. José Eleuterio González".

En 2011 inicia la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León finalizando en 2017. Realizó el Servicio Social en Investigación en el Departamento de Reumatología.

En marzo del 2020 inició sus estudios de posgrado en el programa de Especialización en Geriatria Clínica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, obteniendo el reconocimiento a Estudiante de Posgrado Distinguido.

En noviembre del 2024 inició sus estudios en la 24.<sup>a</sup> edición del Máster de Psicogeriatría de la Universidad Autónoma de Barcelona, con un recorrido formativo de los trastornos mentales de los adultos mayores que se realizará durante los próximos dos años.