

Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo

Perception of health-related quality of life in elderly subjects living in Chiclayo

Juan Mavhler Coronado Gálvez¹, Cristian Díaz Vélez^{2,6}, Moisés Alexander Apolaya Segura³, Luis Miguel Manrique González⁴, Juan Pablo Arequipa Benavides⁵

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud es tal vez una de las formas más objetivas de medir la salud. Proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud.

Objetivo: El propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello.

Metodología: Se realizó un muestreo por conglomerados, participando 400 sujetos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socioepidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey, cuyas dimensiones evaluadas fueron: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

Resultados: Se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de 70,62±8,02 y una media general de 71,29±7,90. 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones FS, SM y la VT obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 % o puntaje, 68,74%, y 64,61% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a SG, RF y DC con el 50,22, 61,18 y 62,22 respectivamente.

Conclusiones: el sexo masculino, grado de instrucción, ingreso > a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. La escala resumen física que compara con población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de 48,68±7,56 y 54,22±9,56 respectivamente; y la escala resumen mental fue de 50,94±12,23 y 57,43±11,43 respectivamente.

Palabras clave: calidad de vida, anciano, salud.

ABSTRACT

Introduction: the quality of life related to health is perhaps one of the most objective measure of health. Provides a more comprehensive, integral and valid health status.

Objective: The purpose of this study was to assess the perception of Health-Related Quality of Life in elderly adults living in Chiclayo, and to identify the epidemiological characteristics related with such perception.

Methods: A cluster sampling method was used, 400 subjects were interviewed using 2 instruments, a social and epidemiological form and a quality of life questionnaire based on the SF-36 Health Survey, and the variables assessed were as follows: physical functioning, physical role, body pain, general health, vitality, social functioning, emotional role, and mental health.

Results: Subjects included in the survey were mainly female (56.25%), with a mean age 71.29 ± 7.90 years; more than half of the subjects (52.75%) reported the presence of acute and/or chronic diseases, and 18.3% reported the use of a psychoactive substance (alcohol, tobacco, sedative drugs). With respect to the SF-36 questionnaire, the items physical functioning, mental health, and vitality had the highest rates: 72.75%, 68.74%, and 64.61%, respectively; and the lowest rates were found in general health, physical role, and bodily pain, accounting 50.22%, 61.18%, and 62.22%, respectively.

Conclusions: Being male sex, with a higher school grade and having a net income >1,000 Soles (Peruvian Currency) were considered as protective factors; and risk factors included being >80 years of age, having no income-generating activity, not having any health coverage, and having any chronic disease. Values in scale summaries comparing elderly pre-fragile and non-frail Hispanic and American populations were 48.68 ± 7.56, and 54.22 ± 9.56, respectively; the corresponding values for the mental summary scale were 50.94 ± 12.23 and 57.43 ± 11.43, respectively

Key words: quality of life, aged, health.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹. Existen numerosas formas de evaluar la salud; sin embargo, es difícil realizar una evaluación integral, sobre todo respecto al área del bienestar mental de las personas, y esto no es porque se trate de un aspecto poco importante para médicos o pacientes, sino porque su medición es comparativamente más compleja y subjetiva. Es por ello que para hacerla más objetiva actualmente se

habla de la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)².

El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica³. El concepto de CVRS abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud, tal como son percibidos por el paciente según su propia historia y sus expectativas².

Los instrumentos de medida de calidad de vida según el campo de estudio que cubren se distinguen entre instrumentos genéricos e instrumentos específicos; los instrumentos de medida CVRS genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular. Son aplicables tanto a la población general

1 Médico del Servicio de Atención Primaria del Sergas. España.
2 Médico Epidemiólogo. Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo. Chiclayo.
3 Médico Epidemiólogo. Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú.
4 Médico del Centro de Urgencias Monzón. España.
5 Médico del Hospital de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú. Chiclayo.
6 Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

como a grupos específicos de pacientes y suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la CVRS. Con la finalidad de medir CVRS se han desarrollado numerosos instrumentos, la mayoría de ellos cuestionarios auto-administrados o administrados por un entrevistador, los cuales incluyen una serie de preguntas agrupadas en áreas o dominios⁴.

En el caso de los cuestionarios genéricos, como es el SF-36, el cuestionario de salud (SF-36) (Medical Outcomes Study Short Form SF-36) fue desarrollado en Estados Unidos a principios de la década de los noventa para estudiar los resultados de las investigaciones médicas⁵. Es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. De todos los test disponibles para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, el SF-36 V2, es uno de los más aplicados a nivel mundial, traducido en 40 idiomas, con preguntas de fácil comprensión para el paciente y con claras opciones de respuestas⁶.

Vilagut concluye que el cuestionario SF-36 en versión española, conjuntamente con las nuevas versiones desarrolladas, es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, muy adecuado para su uso en investigación y en práctica clínica, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la CVRS en distintas poblaciones⁷.

Las puntuaciones SF-36 no tienen significado por sí mismas, como es el caso de la mayoría de medidas de salud percibidas. Deben ser interpretadas como mayor o menor presencia de la característica evaluada, no debiendo ser interpretadas en forma aislada, sino en comparación con la distribución de las puntuaciones de un grupo de referencia. En España se tienen valores poblacionales referenciales⁸; y en hispano-estadounidenses⁹ se calculó para población anciana sana, pre-frágil y frágil teniendo en cuenta la definición de Fried L¹⁰; además, el uso de la SF-36 en la medición de la CVRS en los hispano-estadounidenses ha sido validado¹¹.

El objetivo del presente estudio fue describir las características epidemiológicas; en particular evaluar si existe alguna asociación de la CVRS y algún factor epidemiológico en los adultos mayores residentes en la ciudad de Chiclayo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por adultos mayores de 60 años de la ciudad de Chiclayo.

La muestra se determinó utilizando la fórmula para cálculo de tamaño de muestra para una proporción. La población del distrito de Chiclayo¹³ es de 260 948 habitantes; de éstos, 26 888 corresponden a sujetos mayores de 60 años. Con este antecedente, y estimando una prevalencia de regular, mala o muy mala calidad de vida en la población general adulta de 47,9%¹⁴, 5% de precisión y un nivel de confianza del 95%, se obtuvo un tamaño de muestra de

379 sujetos para la realización del estudio, utilizando el software EPIDAT, versión 3,1. Para efectos prácticos y de probable pérdida de datos, se estableció realizar la entrevista a 400 personas.

El muestreo se realizó por conglomerados, donde se escogió aleatoriamente ciertos barrios de la ciudad de Chiclayo, para después elegir manzanas y luego casas. Una vez elegida la casa, se entrevistó al primer adulto mayor que se encontrara, y que cumplía con los criterios de selección. En la eventualidad que no hubiese un adulto mayor en dicha casa se eligió la casa inmediata derecha y así sucesivamente hasta realizar la entrevista mencionada.

Se incluyeron dos instrumentos de recolección de datos, una ficha de datos epidemiológicos que incluye (edad, sexo, estado civil, procedencia, ocupación, grado de instrucción, ingresos económicos, antecedentes familiares, patológicos y consumo o no de sustancias psicoactivas), y la Encuesta SF-36 (Short Form-36 Health Survey, desarrollado para el estudio de los resultados médicos: Medical Outcomes Study, EUA 1991) para medir la calidad de vida. Estos instrumentos fueron aplicados por personal capacitado previamente, en un tiempo aproximado de 20 minutos.

Para la inclusión al estudio, previamente se procedió a explicar la metodología del estudio, y se solicitó aceptar a participar mediante la firma del consentimiento informado. Además, se usaron códigos numéricos y la información codificada únicamente se manejó por el personal del estudio con el objetivo de realizar cálculos estadísticos.

El análisis estadístico de los datos consistió en el ingreso de datos y las variables a estudiar. Se realizó con el paquete estadístico SPSS 15,0. Para la puntuación se usó el manual de puntuación de la versión española del SF-36¹⁵. La variable calidad de vida se usó en diferentes medidas: en primer lugar se obtuvieron los promedios de cada ítem de una escala, en segundo lugar cada puntaje se transformó en una escala de 0 a 100 en la que el puntaje más alto indica mejor calidad de vida, de acuerdo con los parámetros establecidos. Cada una de las variables se midió por medio de promedios y desviación estándar. Los valores superiores o inferiores de 50 deben interpretarse con mejores o peores, respectivamente que la población de referencia¹⁶.

La asociación entre variables se estableció con la regresión logística y análisis factorial. El nivel de significancia empleado fue de $p < 0,05$. Las ocho escalas fueron normalizadas utilizando el z-score, que se obtuvo al comparar la media aritmética de cada dimensión del estudio y los obtenidos en investigaciones de referencia, divididas entre su desviación estándar. Este análisis nos permite medir cuántas desviaciones estándar se encuentran alejadas o cercanas al promedio de nuestra población en referencia a las otras poblaciones con las que se comparó. Además, este análisis nos permite luego calcular los pesos específicos del estudio para el cálculo de los componentes resumen

de salud física (PCS) y mental (MCS). El PCS y MCS se calcularon de acuerdo al algoritmo descrito por Ware JE¹⁷, y se calculó utilizando los pesos específicos del estudio en comparación con España y USA-hispanicos¹⁸.

RESULTADOS

Examinando cada una de las dimensiones que componen la escala se pudo observar que la calidad de vida en esta población es de regular a baja. La Función Social (72,75%), Salud Mental (68,76%), y Vitalidad (64,61%)

obtuvieron las puntuaciones más altas, y Salud General (52,28%), Rol Físico (61,18%), y Dolor Corporal (62,29%) obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Los promedios de las escalas Función Social y Rol Emocional fueron los más altos en los hombres y en las mujeres fueron Función Social y Salud Mental. Por otra parte, los de Salud General fueron más bajos en ambos sexos; además, se aprecia las puntuaciones muy bajas en Rol Físico, Salud General y Rol Emocional en mujeres y Salud General en varones.

Tabla 1. Aspectos Epidemiológicos de la población adulta mayor de la ciudad de Chiclayo

| Variable | | Masculino | | Femenino | | Total | |
|----------------------------|----------------------|-----------|----------|----------|----------|-------|-----------|
| | | n | %,μ | n | %,μ | n | %,μ |
| Edad | (promedio) | 175 | 72,1±7,6 | 225 | 70,6±8,0 | 400 | 71,9± 7,9 |
| | 60 – 70 años | 82 | 46,9 | 124 | 55,1 | 206 | 51,5 |
| Grupo etáreo (%) | 71 – 80 años | 65 | 37,1 | 77 | 34,2 | 142 | 35,5 |
| | >80 años | 28 | 16,0 | 24 | 10,7 | 52 | 13,0 |
| | Soltero | 10 | 5,7 | 20 | 8,9 | 30 | 7,5 |
| Estado civil | Casado/ conviviente | 122 | 69,8 | 117 | 47,6 | 229 | 54,0 |
| | Separado/divorciado | 12 | 6,9 | 16 | 6,1 | 28 | 7,1 |
| | Viudo | 31 | 17,7 | 82 | 36,4 | 113 | 28,3 |
| Con quién vive | Solo | 17 | 9,7 | 17 | 7,6 | 34 | 8,5 |
| | Acompañado | 158 | 90,3 | 208 | 92,4 | 366 | 91,5 |
| Nivel de instrucción | Analfabeto | 3 | 1,7 | 9 | 4,0 | 12 | 3,0 |
| | Primaria | 60 | 34,3 | 121 | 53,8 | 181 | 45,3 |
| | Secundaria | 73 | 41,7 | 65 | 28,9 | 138 | 34,5 |
| | Superior | 39 | 22,3 | 30 | 13,4 | 69 | 17,3 |
| Actividad actual | Pensionista/jubilado | 123 | 70,3 | 55 | 24,4 | 178 | 44,5 |
| | Actividad | 22 | 12,6 | 21 | 9,3 | 43 | 10,8 |
| | Sin Actividad | 30 | 17,1 | 149 | 66,2 | 179 | 44,8 |
| Cobertura asistencial | Essalud | 119 | 68,0 | 134 | 59,6 | 253 | 63,3 |
| | MINSA | 0 | 0 | 1 | 0,4 | 1 | 0,3 |
| | Ninguno | 49 | 28 | 87 | 38,7 | 136 | 34,0 |
| Ingresos mensuales (soles) | Otro | 7 | 4 | 3 | 1,3 | 10 | 2,5 |
| | <500 | 97 | 55,5 | 184 | 81,8 | 281 | 70,3 |
| | 500 a 1 000 | 48 | 27,4 | 25 | 11,1 | 73 | 18,3 |
| Presenta alguna patología | >1 000 | 30 | 17,2 | 16 | 7,1 | 46 | 11,5 |
| | Si | 78 | 44,6 | 133 | 59,1 | 211 | 52,8 |
| | No | 97 | 55,4 | 92 | 40,9 | 189 | 47,3 |

Fuente: J. Coronado G. F. epidemiológica. Chiclayo.

Tabla 2. Factores asociados a la calidad de vida según dimensión en la población adulta mayor de la ciudad de Chiclayo

| Variables | DC (<50%) | | RF (<50%) | | SG (<50%) | | RE (<50%) | | SM (<50%) | | FF (<50%) | | FS (<50%) | | VT (<50%) | |
|----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femenino | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Masculino | 0,39 | 0,001 | 0,37 | 0,000 | 1,37 | 0,056 | 0,36 | 0,000 | 0,30 | 0,000 | 0,33 | 0,000 | 0,39 | 0,000 | 0,43 | 0,000 |
| Edad | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (promedio) | 0,98 | 0,67 | 1,01 | 0,36 | 1,01 | 0,177 | 1,00 | 0,835 | 0,97 | 0,004 | 1,08 | 0,004 | 1,01 | 0,299 | 1,00 | 0,514 |
| Grupo etáreo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 – 70 años | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 71 – 80 años | 1,23 | 0,620 | 1,30 | 0,141 | 1,11 | 0,605 | 1,07 | 0,740 | 0,79 | 0,378 | 1,42 | 0,123 | 0,98 | 0,937 | 1,08 | 0,730 |
| >80 años | 0,93 | 0,930 | 1,30 | 0,401 | 1,60 | 0,138 | 1,14 | 0,679 | 0,73 | 0,414 | 2,32 | 0,007 | 1,52 | 0,201 | 1,68 | 0,100 |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soltero | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Casado/ conviviente | 1,47 | 0,39 | 0,47 | 0,059 | 0,61 | 0,220 | 0,60 | 0,212 | 0,82 | 0,679 | 0,79 | 0,564 | 0,47 | 0,066 | 0,82 | 0,646 |
| Separado/divorciado | 1,82 | 0,30 | 0,56 | 0,285 | 0,57 | 0,302 | 0,97 | 0,955 | 1,55 | 0,454 | 0,57 | 0,339 | 0,47 | 0,206 | 1,73 | 0,310 |
| Viudo | 1,80 | 0,21 | 0,92 | 0,845 | 1,04 | 0,915 | 1,14 | 0,740 | 1,53 | 0,367 | 1,47 | 0,360 | 0,98 | 0,969 | 1,42 | 0,412 |
| Con quién vive | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acompañado | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Solo | 0,52 | 0,14 | 0,98 | 0,968 | 1,32 | 0,441 | 1,03 | 0,918 | 1,53 | 0,268 | 0,63 | 0,253 | 0,56 | 0,215 | 1,20 | 0,609 |
| Nivel de instrucción | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Primaria | 0,54 | 0,31 | 0,33 | 0,111 | 0,00 | 0,966 | 0,14 | 0,014 | 0,67 | 0,520 | 0,47 | 0,235 | 0,26 | 0,036 | 0,37 | 0,115 |
| Secundaria | 0,48 | 0,23 | 0,18 | 0,014 | 0,00 | 0,965 | 0,08 | 0,001 | 0,30 | 0,061 | 0,19 | 0,009 | 0,14 | 0,002 | 0,18 | 0,008 |
| Superior | 0,23 | 0,025 | 0,10 | 0,002 | 0,00 | 0,964 | 0,03 | 0,000 | 0,21 | 0,022 | 0,06 | 0,000 | 0,03 | 0,000 | 0,13 | 0,003 |
| Actividad actual | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pensionista/jubilado | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Actividad | 0,41 | 0,061 | 2,53 | 0,007 | 1,20 | 0,587 | 1,56 | 0,227 | 0,57 | 0,285 | 1,79 | 0,111 | 1,31 | 0,490 | 1,01 | 0,960 |
| Sin Actividad | 1,72 | 0,016 | 2,56 | 0,000 | 1,32 | 0,186 | 2,73 | 0,000 | 2,21 | 0,001 | 3,09 | 0,000 | 1,87 | 0,010 | 1,94 | 0,003 |
| Cobertura asistencial | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Ninguna | 1,31 | 0,21 | 1,69 | 0,013 | 1,22 | 0,311 | 2,28 | 0,000 | 2,20 | 0,000 | 1,51 | 0,055 | 1,70 | 0,022 | 1,82 | 0,006 |
| Ingresos mensuales (soles) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <500 | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 500 a 1 000 | 0,66 | 0,155 | 0,43 | 0,003 | 0,87 | 0,596 | 0,59 | 0,073 | 0,46 | 0,026 | 0,36 | 0,001 | 0,50 | 0,041 | 0,47 | 0,013 |
| >1 000 | 0,26 | 0,003 | 0,30 | 0,001 | 0,42 | 0,010 | 0,38 | 0,014 | 0,16 | 0,003 | 0,38 | 0,012 | 0,65 | 0,260 | 0,17 | 0,000 |
| Presenta alguna patología | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| Si | 1,71 | 0,014 | 1,60 | 0,020 | 1,85 | 0,002 | 1,81 | 0,005 | 0,83 | 0,441 | 1,87 | 0,003 | 1,40 | 0,138 | 1,54 | 0,040 |

Número en negrita: "p" es significativa

Fuente: J. Coronado G. F. epidemiológica. Chiclayo

El sexo masculino como un factor protector en todas las dimensiones, excepto para mala SG en donde su OR fue de 1,37 aunque con un p no significativo ($p>0,05$). Para el grupo etéreo >80 años se incrementa el riesgo para mala FF a 2,32 ($p<0,05$). El nivel de instrucción superior se encontró como factor protector para evitar mala calidad de vida en todas las dimensiones, excepto en SG en donde no fue significativo. Mientras que el estar sin actividad fue un factor de riesgo para evitar mala calidad de vida en todas la dimensiones, excepto para SG en donde no fue significativo ($p>0,05$).

El no contar con cobertura asistencial fue un factor de riesgo para mala calidad en las dimensiones de RE, SM, FS y VT; los ingresos mensuales mayores de 1 000 soles mensuales fue un factor protector para todas las dimensiones excepto para la FS en donde no fue significativo. Además, el presentar una patología crónica fue un factor de riesgo en todas las dimensiones, excepto para SM y FS.

Tabla 6. Media y desviación estándar (DE) de PCS y MCS del cuestionario SF-36 comparado con otros estudios de referencia

| Escala Resumen | Chiclayo* | | Chiclayo** | | Chiclayo*** | |
|----------------|-----------|-------|------------|-------|-------------|-------|
| | Media | DE | Media | DE | Media | DE |
| PCS | 32,35 | 8,98 | 48,68 | 7,56 | 54,22 | 9,56 |
| MCS | 46,64 | 10,02 | 50,94 | 12,23 | 57,43 | 11,43 |

* Valores poblacionales de referencia de la versión española.

** Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans en ancianos Pre-Frágil.

*** Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans en ancianos No-Frágil.

Los componentes resumen fueron calculados teniendo en cuenta valores de referencia de población general española y población anciana frágil y con síntomas iniciales de fragilidad.

Tabla 3. Media, desviación estándar (DE) y Z score de las ocho escalas del cuestionario SF-36 comparado con estudios de referencia

| Dimensión | Chiclayo | | España* | | Z Score España | Usa-Hispanos No Frágil ** | | Z Score Usa-Hispanos No Frágil | Usa-Hispanos Pre Frágil** | | Z Score Usa-Hispanos Pre Frágil | Análisis Factorial *** |
|-----------|----------|-------|---------|------|----------------|---------------------------|------|--------------------------------|---------------------------|------|---------------------------------|------------------------|
| | Media | DE | Media | DE | | Media | DE | | Media | DE | | |
| FF | 64,60 | 29,16 | 94,4 | 12,8 | -2,33 | 64,3 | 27,7 | 0,01 | 44,5 | 30,5 | 0,66 | 58,51% |
| RF | 61,18 | 43,26 | 91,1 | 25,7 | -1,16 | 80,6 | 37 | -0,52 | 54 | 47,1 | 0,15 | 14,69% |
| DC | 62,29 | 30,47 | 82,3 | 24,8 | -0,81 | 77,2 | 24,8 | -0,60 | 64,1 | 29,5 | -0,06 | 6,69% |
| SG | 52,28 | 45,21 | 80,0 | 18,8 | -1,47 | 68,3 | 17,3 | -0,93 | 57,7 | 20,4 | -0,27 | 5,36% |
| VT | 64,61 | 24,27 | 69,9 | 18,4 | -0,29 | 72,9 | 18,4 | -0,45 | 60,6 | 22,1 | 0,18 | 4,32% |
| FS | 72,75 | 26,79 | 96,0 | 14,1 | -1,65 | 88,6 | 20,7 | -0,77 | 71,6 | 30,5 | 0,04 | 4,20% |
| RE | 64,52 | 44,62 | 90,1 | 26,0 | -0,98 | 94,6 | 20,9 | -1,44 | 78,1 | 40,2 | -0,34 | 3,88% |
| SM | 68,76 | 24,19 | 77,7 | 17,3 | -0,52 | 84,8 | 14,9 | -1,08 | 78,0 | 19,6 | -0,47 | 2,35% |

* Valores poblacionales de referencia de la versión española.

** Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans.

*** Se obtuvo al comparar con valores del estudio Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans en ancianos Pre-Frágil.

Se puede observar que los Z score son mucho más altos cuando se compara con el estudio referencial español, pero al comparar con el estudio realizado en USA con población anciana hispana éstos disminuyen, acercándose aún más cuando se compara con los ancianos en estado pre-frágil. Del análisis factorial podemos mencionar que la Función Física (FF) y el RF (Rol Físico) explican el 73% de la varianza de los datos originales.

DISCUSIÓN

El SF-36 es el único instrumento de calidad de vida relacionado con la salud más utilizado en el mundo y aunque en nuestro medio no ha sido utilizado en una población de adultos mayores, su adaptación mostró que está acorde con lo recomendado por los autores del instrumento, gracias a su consistencia interna y fiabilidad³.

La población estudiada estuvo constituida por personas mayores de 60 años no institucionalizadas; encuestadas en su domicilio y residentes en la ciudad de Chiclayo. El sexo femenino (56,2%) predominó frente al masculino (43,8%) en una relación de 1,28:1, datos que se aproximan a los presentados por el INEI (según ENAHO-2000) que fue de 1,45:1 para la población femenina (53,4%) con respecto a la masculina (46,6%) en el ámbito nacional y 1,03:1 en el ámbito regional (Lambayeque ENAHO-2001)⁹. La OPS (1996) refiere que en la mayoría de países en el mundo y en Latinoamérica la población femenina es superior a la masculina debido a la mejor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida de 5 a 8 años más que los varones. Este fenómeno es universal y más acentuado en países desarrollados¹⁹.

El promedio de la escala de salud Función Social fue la más alta en este estudio (72,75%), lo que indica un buen perfil de Función Social de la población estudiada la cual realiza actividades sociales normales sin interferencias debido a problemas físicos o emocionales.

El estado civil es un aspecto importante a considerar en el adulto mayor, en la medida que se asocia a riesgos de mortalidad. Las estadísticas muestran una mayor sobrevivencia de los casados sobre los solteros, divorciados y viudos. Se sabe que la mayoría de adultos mayores vive acompañado, ya sea por su cónyuge o de sus hijos. En el presente estudio los casados son el 54% y los convivientes 3,3% ($p > 0,05$). No obstante, un porcentaje relativamente importante 42,3% no tiene pareja, es decir soltero, separado, divorciado o viudo, situación que se observa con mayor frecuencia en las mujeres. En investigaciones realizadas por Durand y Pedro, 1995; Sloane, 1995; INEI, 1995; Papalia y Wendkos, 1997; OPS, 1990; se ha encontrado una tasa de viudez mayor en las mujeres de este grupo etáreo que en los varones, datos también corroborados por el presente estudio en el cual 21% corresponde a mujeres y 7,8% a los varones que presentan dicho estado civil¹⁹.

Sorprende el número de adultos mayores viudos y solteros (35,7%). Según la OMS son los grupos más vulnerables y de riesgo, ya que viven solos en su vivienda. Pero contrasta con lo observado en el presente estudio que un 8,5% de la población encuestada refirió vivir solo, con predominio masculino sobre femenino (9,71% sobre 7,56%). Esta población se perfila como una población bastante vulnerable y con un altísimo riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida^{19, 20}.

En investigaciones previas se ha encontrado que las ancianas tienen un menor nivel educativo (Leitón 2000; OPS 1990). Las estadísticas muestran que un 97% de los adultos saben leer y escribir; y en el presente estudio las mujeres tienen mayor porcentaje de analfabetismo 2,8% frente al 0,7% de los varones. Según el Departamento de Geriatria de la Universidad de Chile refiere que las personas instruidas viven mejor que las que no lo son, aún cuando tengan los mismos ingresos, ya que tienen más posibilidades de cultivar sus intereses, ocupaciones y de

mejorar el cuidado de salud¹⁹, resultados concordantes con el nuestro en donde se encontró como factor protector el tener un mejor grado de instrucción.

La jubilación sólo agrava una situación previa, pues desde el momento que una persona se jubila disminuyen sus ingresos a un tercio o más de lo que ganaba como trabajador activo y las pensiones y montepíos son aún menores ya que corresponde a una sexta parte del sueldo. Se estima que una de cada tres personas pensionadas gana menos de \$ 40 dólares mensuales. En el presente estudio el 44,8% se encontró como jubilado/pensionista en el cual hay un predominio del sexo masculino (30%) sobre el femenino (14,8%). Más aún los ancianos considerados sin actividad presentaron más riesgo para tener mala calidad de vida en todas las dimensiones, excepto para Salud General¹⁹.

En relación a la actividad lucrativa no sólo los ancianos son los más vulnerables en razón de sus condiciones físicas, de salud y habitacionales, sino también por el hecho de que son menos instruidos y con menos recursos económicos que el resto de la población²⁰. El nivel socioeconómico de un individuo es el factor de mayor importancia en determinar la calidad de vida en la vejez. Tanto es así, que algunos autores han aseverado que la diferencia entre vejez saludable y un enfermo está en la cantidad de dinero disponible.

Los adultos mayores son uno de los grupos sociales con más bajos ingresos económicos. Resulta impactante corroborar en el presente estudio que el 44,5% de la población estudiada no ejerce ninguna actividad lucrativa. De todos los ancianos pobres la mayoría son mujeres y viudas. La información actual sobre trabajo y empleo de la población anciana que vive en urbes muestra que el 37,4% se encuentra activa (64,8% de hombres y 35,2% de mujeres), siendo el resto del grupo de no activos laboralmente¹⁹. Según proyecciones oficiales, en la actualidad el 62,6% de esta población es económicamente no activa, de los cuales el 45% se dedica a los quehaceres del hogar; el 30% son jubilados o pensionistas; el 13,4% se encuentran enfermos o incapacitados; el 7% se considera discapacitados, y el resto pertenece al rubro de otros.

La repercusión de las enfermedades geriátricas, sean cuales sean, se nota en el deterioro funcional, mental y social del anciano; destacando la disminución funcional, incapacidad y dependencia en las actividades de la vida diaria que limitan su autonomía. Las enfermedades neurológicas pueden afectar la cognición, limitando la memoria, capacidad de juicio, abstracción y propiciando la depresión²¹. Así, 52,75% de los ancianos encuestados tiene una enfermedad diagnosticada por el médico (existen más mujeres con enfermedad diagnosticada en comparación con los hombres). El que existan más mujeres con diagnóstico de enfermedad no significa, necesariamente, que las ancianas sufran más enfermedades que los ancianos, sino que probablemente visiten más a los médicos. Además, existe mayor número de ancianas

que cuentan con seguro médico (33,8% vs. 21,8%), lo que podría explicar la hipótesis anterior “*probablemente visiten más al médico*”²¹.

La adquisición de hábitos nocivos (fumar, beber, consumir medicamentos sin receta, drogarse, sedantes, etc.) acelera el proceso de envejecimiento, influyendo en la morbilidad y calidad de vida de los adultos mayores²⁰. Por su parte, el consumo de alcohol según el censo del informe global de morbilidad de 1999, es la causa principal de discapacidad masculina en los países industrializados y, en los de desarrollo ocupa el cuarto lugar (OPS, 1999)¹⁹. En el presente estudio se encontró que el consumo de alcohol está difundido en un 6,8% de la población encuestada con un predominio considerable del varón sobre la mujer (5,8% vs. 1,0% respectivamente). Es importante mencionar que un gran porcentaje de la población estudiada (aproximadamente 81,8%) no tiene hábitos nocivos¹⁹.

En la evaluación de la calidad de vida en salud, se observó la tendencia a promedios más bajos en las escalas de salud al incrementar la edad de los participantes. El regular promedio de respuestas comprendidas en el techo de las escalas FF, RF, FS y RE reflejan la observación de “Regular salud”. Este aspecto se ve reforzado por el no tan bajo promedio de respuestas en los extremos de las tres escalas bipolares SG, VT y SM en las cuales se miden incapacidad y bienestar general, con lo cual se puede observar que más del 50% de la población encuestada, indistintamente del sexo y la edad, tienen una calidad de vida sobre el promedio.

En este estudio se encontró que la categoría Función Física alcanzó una media de 64,60 % ± 29,16 y en el análisis de sus ítems se detectó que un poco más de tres cuartos (76,50%) presenta algún tipo de limitación severa. En lo que concierne a la limitación leve (47,50%) menos de la mitad tiene ese tipo de limitación. Esto puede deberse no sólo al hecho de que presenten patología de fondo crónica y/o aguda sino que existe asociación entre la dimensión Función Física y el tener enfermedad. Un OR mayor de 1 corrobora la asociación entre la mala Calidad de Vida en sus diferentes dimensiones (excepto SM y FS) y el tener Función Física y la presencia de patología de fondo crónica y/o aguda^{22, 23}.

La explicación de estos resultados la hacen las teorías de muchos autores los cuales han establecido tres tipos de envejecimiento: “normal”, “patológico” y “óptimo” (Abeles, Gift y Ory, 1999; Baltes y Baltes, 1990). Mientras que la vejez normal es aquella que evoluciona sin patologías inhabilitantes en los cuales se encuentran todos los encuestados que no tienen ninguna limitación a esfuerzo leve 58,5% e intenso en un 51,25%, la vejez patológica se desarrollaría en un organismo quebrantado por la enfermedad y la inhabilidad.

La apreciación que tiene el paciente de su propio estado de salud al que debe valorar en una escala que va desde excelente a mala, vemos que aproximadamente una cuarta parte de los adultos mayores valoran su estado

de salud como bueno mientras que la mayoría lo valora como regular. El 64,5% de los adultos mayores considera que su salud es regular, frente a un 2,8% que considera su salud excelente. Al envejecer se producen una serie de modificaciones morfológicas y funcionales y la capacidad de adaptación disminuye con el paso de los años, estrechándose el margen de seguridad ante las agresiones o requerimientos de nuestro medio. También es obvio que la prevalencia de enfermedades es más elevada que en etapas anteriores de la vida.

El promedio de la escala sobre Función Social fue la más alta en los adultos mayores, lo que es similar con los resultados obtenidos en la población norteamericana en la que la función física es la que obtiene el mayor promedio, según lo refiere Yentzen²⁴. La escala con más bajo promedio fue Salud General, lo que concuerda con los resultados obtenidos por Zúñiga en México donde la Salud General obtuvo un promedio de 63%²⁵.

Los promedios de las escalas de salud, fueron más altos en los varones que en las mujeres; siendo la escala de Salud General la más baja en las mujeres, lo que se correlaciona con lo expresado por Castellón SA, que refiere: La calidad de vida subjetiva es mayor en los hombres que en las mujeres, quizás porque el envejecimiento es percibido por la mujer como más negativo. Los mayores asocian estrechamente un buen estado de salud con una buena calidad de vida²².

La percepción del estado de salud actual y la de hace un año mostró el mayor porcentaje de las respuestas en la opción “igual que hace un año”, lo que se correlaciona con el estudio de Manuel Hinostroza en Chile, quien encontró que tanto hombres y mujeres de diferente edad consideran igual su salud comparada con un año atrás. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud²⁶.

La tendencia de los promedios se mantiene baja en la escala de salud general al incrementar la edad de los adultos mayores, cambiando significativamente en los adultos mayores de 86 años en quienes se obtuvo el promedio más bajo en la función física, teniendo correlación con lo expresado por Castellón SA que refiere que la mayoría de los adultos mayores de 75 a más años requieren de servicios médicos asistenciales; y que a pesar del deterioro mental que pueda haber con el transcurrir de los años, se obtiene en ellos el mayor promedio en lo referente a la escala de salud mental²².

La consistencia interna generalmente se mide mediante el coeficiente alfa de Cronbach y su rango de valores está comprendido entre 0 y +1. En general se aceptan valores mayores de 0,70 para investigaciones psico-sociológicas y mayores de 0,90 para aplicaciones diagnósticas. La confiabilidad del cuestionario muestra un Coeficiente α de Cronbach con un rango de 0,619 a 0,910. Los coeficientes estuvieron entre 0,7014 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) para todas las escalas excepto

para salud general y función social, los cuales mostraron correlaciones de 0,61 y 0,65 respectivamente. Las correlaciones más altas se observaron en FF, RF, RE (valores mayores de 0,9). Los hallazgos de esta encuesta demuestran, en promedio, la percepción de buena salud de los adultos mayores.

No se ha encontrado trabajos nacionales similares, por lo que la discusión se ha realizado con referencias comparativas a algunas series aisladas nacionales y extranjeras. Se ha encontrado un promedio de la Salud General de 52,28% muy diferente a la media comparada en población general de otros países como Dinamarca 81,10%; Australia 77,10%; Holanda 77,06%; Estados Unidos 77,00%; Francia 75,80%; Italia 73,55%; Japón 71,20%, México 80,265%.

Finalmente podemos decir que el componente resumen Físico y Mental difiere notoriamente de poblaciones de España, Turquía y México; pero sí se asemeja a la población anciana hispano-norteamericana. Esto muy probablemente debido a que los primeros fueron hechos en población general y la segunda en ancianos que además comparten características socioculturales y étnicas a la nuestra²⁷.

CONCLUSIONES

1. Las características epidemiológicas del adulto mayor residente de la ciudad de Chiclayo son: predominio del sexo femenino; edad media de 71,9±7,9, destaca el grupo etáreo 60 a 70 años; la mayoría vive acompañado (91,5%); más de la mitad son casados (54%); 89,9% tienen grado de instrucción de primaria y secundaria, 44,8% sin actividad lucrativa; 63,3% con cobertura de Essalud; 70,3% con ingreso menor de 500 soles y 53,8% con alguna patología crónica y/o aguda.

2. Las características epidemiológicas como factores protectores encontrados fueron sexo masculino para todas las dimensiones excepto salud general; a mayor grado de instrucción menor probabilidad para mala calidad de vida en todas las dimensiones excepto para salud general; e ingreso > 1 000 soles para todas las dimensiones excepto para función social. Como factores de riesgo tenemos que el grupo de mayores de 80 años tenía más probabilidad de mala calidad de vida en la función física; el estar sin actividad lucrativa para todas las dimensiones excepto para salud general; el no tener cobertura asistencial con rol emocional, salud mental, función social y vitalidad, y finalmente el tener alguna patología crónica y/o aguda se asoció a mayor riesgo de mala calidad de vida con salud mental y función social.

3. La escala resumen física que compara con población anciana pre-frágil y no frágil hispano-norteamericana fue de 48,68±7,56 y 54,22±9,56 respectivamente; y la escala resumen mental fue de 50,94±12,23 y 57,43±11,43 respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hernández R., Fernández J., García R., Cueto A. Calidad de vida y enfermedades neurológicas [Revisiones]. Universidad de Oviedo. Revista Médica de Neurología 2001; 16:30-37.
- Irazola V. Guía para la lectura crítica de artículos acerca de calidad de vida relacionada con la salud. Cardiología. Swiss Médical Group; 2002.
- Badía X., Tudela L. Estudios de Calidad de Vida. Revista de Atención Primaria de Salud. P. 250-256.
- Delgado M., Quincha M., Méndez M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. Editores: Dermatología Peruana ISSN 1028-7175 versión impresa; 2006.
- Molinero L., Cuestionarios de Salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. 1998. Disponible en: URL: <http://www.seh-lilha.org/stat1.htm>.
- Cintrón Y., Calidad de vida relacionada con la salud --- Puerto Rico, 1996—2000. Editores el Departamento de Salud, Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud, San Juan, Puerto Rico. Div of Adult and Community Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC; 2000.
- Vilagut G., Ferrer M., Rajmil L., Rebollo P., Permanyas-Miranda G., Quintana J., Santed R., Valderas J., Ribera A., Domingo-Salvany A., Alonso J. El Cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos [serial online] 2004 Marzo [citado el 21.01.2009]. Disponible en: URL: <http://www.doyma>
- Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De La Fuente De Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin (Barc). 1998;111:410-416.
- Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. Masel, M.; Graham, J.; Reistetter, T.; Markides K.; Ottenbacher K. Published online 2009 July 23. doi: 10.1186/1477-7525-7-70.
- Fried L, Tangen CM, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop W, Burke G, McBurnie M: Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M146-M157.
- Peek M, Ray L, Patel K, Stoeberner-May D, Ottenbacher K: Reliability and validity of the SF-36 among older Mexican Americans. Gerontologist 2004, 44:418-425.
- Seclén S. Los programas de atención para el adulto mayor. Rev Med Hered 13 (1), 2002.
- Encuesta demográfica y de salud familiar 2000. Departamento de Lambayeque ENDES 2000. [Serial online]. 2001. [citado el 05 de febrero del 2008]. Disponible en URL: <http://www.mindes.gob.pe/locales/indicadores/lambayeque2.htm>.
- Azpiazu Garrido Mercedes, Cruz Jentoft Alfonso, Villagrasa Ferrer José Ramón, Abanades Herranz Juan Carlos, García Marín Natividad, Alvear Valero de Bernabé Fernando. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2008 Oct 24]; 76(6): 683-699. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005&lng=es.
- Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Médical Outcomes Trust. Julio 1996.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995; 104: 771-776.

17. Ware JE, M K, SK K. *SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. 5th. Boston, MA: The Health Institute, Health Assessment Lab, New England Medical Center; 1994.
18. Demiral, YI; Ergor, G.; Unal, B.; Semin, S.; Akvardar, Y.; Kivircik, B.; Alptekin, K; Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health* 2006,Jan,01;6:247-247
19. Inga J., Vera A. Calidad y Satisfacción de Vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú-Estudio Piloto y análisis Psicométrico. *Asociación por la Defensa de las Minorías*; 2001. Disponible en URL: <http://www.geocities.com/Heartland/Cabin/5900/adulto.htm>
20. Mora M., Villalobos D., Araya G., Ozols A. Perspectivas subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad recreativa. *Revista de la Escuela de ciencias del deporte. Universidad Nacional en Costa Rica. MH salud Vol. 1 N° 01, septiembre del 2004.*
21. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Interna. Manual de Geriátrica. Cap. I aspectos socio demográficos del envejecimiento poblacional en el presente año 2005.
22. Castellon SA, Calidad de vida en la atención del adulto mayor. *Rev. Mult. Geronto* 2003;13(3):188-192.
23. Peggy E. Salud y envejecimiento. Boletín sobre envejecimiento. Health Canadá. OMS. Prevención y vigilancia de enfermedades no contagiosas.
24. Yentzen G. Cuestionario de Salud SF-36. The Short-Form-36 Health Survey. División de promoción para la Salud. Escuela Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
25. Zúñiga M., Carrillo-Jiménez, G, Fos P., Gandek B., Medina-Moreno M. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Méx.* 1999; 41: 110-118.
26. Hinostraza M. Estudio de Salud poblacional Isapres 2004-2005. Superintendencia de Salud. México.
27. Durán-Arena. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF, México. [Serial online].2008 [citado el 05 de agosto del 2008]. Disponible en URL: <http://www.insp.mx/salud/index>

CORRESPONDENCIA

Cristian Díaz Vélez

fcristiandiazv@hotmail.com

Recibido: 01/08/09

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 01/09/09

Consulte las ediciones anteriores de la
Revista ACTA MÉDICA PERUANA en



www.scielo.org.pe



www.redalyc.vaemex.mx



SISBIB
Sistema de Bibliotecas

www.sisbib.unmsm.edu.pe